

TESIS

**MODEL SUPERVISI *FAIR, FEEDBACK, FOLLOW UP* TERHADAP
KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI
(PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI)
SEBAGAI UPAYA PENURUNAN KEJADIAN *PHLEBITIS***



**MOKHAMAD NURHADI
NIM. 131614153029**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS
AIRLANGGA SURABAYA
2018**

TESIS

**MODEL SUPERVISI *FAIR, FEEDBACK, FOLLOW UP* TERHADAP
KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI
(PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI)
SEBAGAI UPAYA PENURUNAN KEJADIAN *PHLEBITIS***



**MOKHAMAD NURHADI
NIM. 131614153029**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS
AIRLANGGA SURABAYA
2018**

**MODEL SUPERVISI *FAIR, FEEDBACK, FOLLOW UP* TERHADAP
KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI
(PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI)
SEBAGAI UPAYA PENURUNAN KEJADIAN *PHLEBITIS***

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan Fakultas
Keperawatan Universitas Airlangga

TESIS

**MOKHAMAD NURHADI
NIM. 131614153029**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS
AIRLANGGA SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : MOKHAMAD NURHADI

NIM : 131614153029

Tanda Tangan :

A yellow rectangular stamp with the text "MOKHAMAD NURHADI" and "6000" in large numbers, with "ENAM RIBU RUPIAH" at the bottom. A handwritten signature in black ink is written over the stamp.

Tanggal : 20 JULI 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**MODEL SUPERVISI *FAIR, FEEDBACK, FOLLOW UP* TERHADAP
KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI
(PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI)
SEBAGAI UPAYA PENURUNAN KEJADIAN *PHLEBITIS***

MOKHAMAD NURHADI
NIM. 131614153029

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 13 JULI 2018

OLEH :

Pembimbing Ketua



Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

Pembimbing Kedua



Dr. Soenarnatalina Melaniani, Ir., M.Kes
NIP. 196012251990032001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

TESIS ini diajukan oleh :

Nama : Mokhamad Nurhadi

NIM : 131614153029

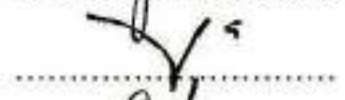
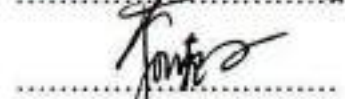
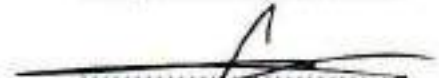
Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Model Supervisi *Fair, Feedback, Follow Up*
Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan
PPI (Pencegahan Pengendalian Infeksi) Sebagai Upaya
Penurunan Kejadian *Phlebitis*.

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 20 Juli 2018

Panitia Penguji

1. Ketua : Dr. Tintin Sukartini, SKp.,M.Kes.
2. Anggota : Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons).
3. Anggota : Dr. Soenarnatalina Melaniani, Ir., M.Kes.
4. Anggota : Misutarno, S.Kep.,Ns., M.Kep.
5. Anggota : Candra Panji Asmoro, S.Kep.,Ns.,M.Kep.



Mengetahui,
Koordinator Program Studi


Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas nikmat yang dianugerahkan sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis .

Atas selesainya tugas ini, tidak terlepas dari upaya berbagai pihak yang telah memberikan konstribusinya dalam rangka penyusunan Tugas Akhir, untuk itu penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya sekaligus Pembimbing I
2. Ibu Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes., selaku Koordinator. Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Ibu Dr. Soenarnatalina Meiliani.,Ir., M.Kes selaku Pembimbing II
4. Bapak dr. H. Saiful Hadi, selaku Direktur RSUD. dr. R. Koesma Tuban atas ijin penelitian, beserta petugas kesehatan yang banyak membantu peneliti dalam perolehan data.
5. Para Bapak/Ibu/Saudara yang bersedia menjadi responden, terima kasih atas kesediaan dan kerjasamanya.
6. Almarhum Istri Tercinta Hartatik, S.Pd.I., MA. Yang memberikan motivasi untuk tetap melanjutkan S2 Keperawatan, dukungan, semangat dan cinta kasihnya selama hidup beliau, kedua anakku Faiqul Mufail Mubarak Maulana Muhammad dan Farikhatul Amanati Istabsyaro Muhammad. Yang telah banyak mengorbankan waktu untuk keberhasilan Abi, semoga yang telah Abi raih dapat menjadi teladan yang baik dan memacu semangat kalian untuk kelak meraih pendidikan yang lebih tinggi. Ibu Mertua Ibu Rustipah,

Ayahhanda Bapak Lasmani, Mas Hariyanto dan Istri. yang senantiasa memberikan dukungan baik moril maupun materiil.

7. Rekan rekan seangkatan peminatan Manajemen dan seluruh mahasiswa Program studi magister keperawatan angkatan IX (M9) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah bersama – sama mengarungi proses pendidikan Magister Keperawatan dengan suka dan duka.
8. Bapak Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes. Ketua STIKES Nahdlatul Ulama Tuban dan semua Civitas akademika STIKES NU Tuban, Sahabat sahabatku mahasiswa bahagia, Ibu Holan, Ibu. Sunanita, S.Kep., Ns., M.Kes. Karyo, Kusno, Suhartono, Ubet, yang telah banyak membantu dan memberikan semangat serta dorongan hingga penulis dapat menyelesaikan Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan lancar.

Semoga tugas ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya, dan kepada pembaca pada umumnya. Apabila ada kesalahan pada penulisan, penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Surabaya, 20 Juli 2018

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : MOKHAMAD NURHADI

NIM : 131614153029

Program Studi : Magister Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Model Supervisi *Fair, Feedback, Follow Up* Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI (Pencegahan Pengendalian Infeksi) Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 13 Juli 2018

Yang menyatakan,



MOKHAMAD NURHADI

RINGKASAN

MODEL SUPERVISI FAIR, FEEDBACK, FOLLOW UP TERHADAP KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI (PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI) SEBAGAI UPAYA PENURUNAN KEJADIAN FLEBITIS

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan atau Healthcare Associated Infection (HAIs) merupakan salah satu masalah kesehatan diberbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Dalam forum Asian Pasific Economic Comitte (APEC) atau Global health Security Agenda (GHSa) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan telah menjadi agenda yang di bahas. Hal ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara. Fenomena yang sering kita jumpai dilapangan dalam pelayanan keperawatan semua intervensi keperawatan sudah memiliki standart prosedur operasional (SPO) untuk keselamatan pasien, namun masih banyak ditemukan perilaku kurang patuh dari perawat dalam melaksanakan prosedur tindakan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di di Ruang Teratai RSUD. Dr. R. Koesma Tuban yang merupakan tempat penelitian ini, pada tanggal 6 Oktober 2017 didapatkan hasil dari 5 momen indikasi hand hygiene, petugas hanya sering melakukan hand hygiene pada saat setelah kontak dengan pasien saja baru dilaksanakannya hand hygiene, serta langkah-langkah pelaksanaannya tidak sesuai dengan prosedur, dimana masih sedikit petugas yang melakukan 6 langkah hand hygiene dengan benar. dari 10 perawat yang dilakukan pengamatan didapatkan hasil 7 orang (70%) perawat melakukan cuci tangan tidak sesuai SPO, 3 orang (30%) perawat melakukan cuci tangan sesuai dengan SPO. Didapatkan pula data dari pengamatan ada perawat yang memegang infus saat membetulkan aliran infus yang macet tanpa menggunakan sarung tangan. Apabila ketidak patuhan terhadap hand hygiene ini tidak segera di atasi maka akan menimbulkan beberapa akibat pada keselamatan pasien terhadap infeksi.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama yaitu eksplanasi deskriptif dan tahap kedua adalah uji coba. Tahap pertama penelitian ini akan menggali *gap* antara temuan/fakta dengan teori yang berkenaan dengan elemen-elemen yang bisa mewujudkan Supervisi *fair feedback follow up* dan bagaimana kepatuhan perawat dalam PPI. Pada tahap ini akan digali: Karakteristik Organisasi, Karakteristik Individu, Karakteristik Pekerjaan, Supervisi *fair feedback follow up*, Kepatuhan PPI, Kejadian flebitis. Tahap kedua dalam penelitian ini yaitu penyusunan modul Superfisi Fair Feedback Follow. Dimulai dengan Sosialisasi teknis pelaksanaan uji coba pertama

Model Supervisi Fair Feedback Follow Up. Tahap berikutnya evaluasi pelaksanaan uji coba pertama dalam FGD bersama pimpinan keperawatan dari rumah sakit dan mengundang pakar/ahli. Hasil FGD yang kedua tim peneliti dapat menyusun modul pelaksanaan Model Supervisi Fair Feedback Follow Up. Tahap akhir yakni penerapan Model Supervisi Fair Feedback Follow Up dengan pre-experiment sesuai modul dan kepatuhan perawat terhadap penerapan PPI. Tahap selanjutnya, rancangan penelitian yang digunakan adalah Quasi-eksperimental dengan pre test-post test design yaitu kelompok subjek perlakuan akan diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, sedangkan kelompok kontrol tidak dilakukan intervensi. sampel sebanyak 144 partisipan pada tahap I, pada tahap selanjutnya sampel berjumlah 14 responden kelompok kontrol dan 14 responden kelompok perlakuan.

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu karakteristik Organisasi, Karakteristik Individu, Karakteristik Pekerja, variabel dependen supervisi fair feedback follow up pada kepatuhan perawat dalam PPI dan penurunan Flebitis. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu karakteristik Organisasi, Karakteristik Individu, Karakteristik Pekerja, variabel dependen supervisi fair feedback follow up pada kepatuhan perawat dalam PPI dan penurunan phlebitis.

Hasil Faktor organisasi (koefisien jalur sebesar 0.565) berpengaruh terhadap supervisi *fair, feedback, follow Up*. Faktor individu (koefisien jalur 0.609) berpengaruh terhadap supervisi *fair, feedback, follow Up*. Faktor Individu (koefisien jalur 0.510) berpengaruh terhadap kejadian flebitis. Faktor pekerjaan (koefisien jalur 0.313) berpengaruh terhadap kejadian phlebitis. Uji non parametris dengan menggunakan *Wilcoxon* di dapatkan *p. Value* pada kelompok perlakuan $p = 0,002$, $p < 0,05$ yang berarti terdapat perbedaan skor awal dan akhir pada kelompok intervensi, Uji beda pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap kejadian phlebitis bakterial dilakukan dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* di dapatkan $p = 0.000$, dimana $p < \alpha$ maka H_0 ditolak sehingga terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi. Rekomendasi Model supervisi *fair feedback follow up* sebaiknya diaplikasikan pada praktik keperawatan karena Memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya terkait supervisi *fair, feedback, follow up* untuk meningkatkan kepatuhan perawat. Yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan perawat yang memiliki peran dalam peningkatan dan pengembangan profesionalisme tenaga keperawatan. supervisi *fair, feedback, follow up* digunakan untuk meningkatkan kepatuhan perawat. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan tindakan sesuai SPO, serta dapat di jadikan sebagai *eviden based practice* yang berguna untuk mengembangkan *health service research* di bidang keperawatan. Penerapan modul pelaksanaan superfisi *fair, feedback, follow up* dapat dilakukan untuk supervisor (kepala ruangan dan manajemen keperawatan) yang sudah mengikuti pelatihan superfisi *fair, feedback, follow up, interpersonal relationship* dan kepemimpinan.

SUMMARY

FAIR, FEEDBACK, AND FOLLOW UP SUPERVISION MODEL TO NURSE COMPLIANCE IN APPLICATION OF THE INFECTION PREVENTION AND CONTROL AS AN EFFORT DECREASING PHLEBITIS

Infection prevention and control is the greatest challenge in healthcare and becomes one of many causes in high medical costs especially for Healthcare Associated Infection (HAIs) in the world, including Indonesia. In the Asian Pacific Economic Committee (APEC) or the Global Health Security Agenda (GHS), Healthcare Associated Infection (HAIs) has been discussed for years. It indicated that the HAIs inflicted directly affected the national economy. Common phenomenon encountered in nursing services is although there is Standard Operating Procedures (SOP) in nursing patient, many paramedics had not fulfilled all the procedures completely and effectively. From preliminary study conducted in Lotus Room RSUD. Dr. R. Koesma Tuban on 6 October 2017, it was found that 5 steps of hand hygiene did not do it accordingly, moreover for the 6 steps one. From 10 observed objects, 7 of them (70%) did not do according to SOP, while 3 people remain (30%) did the SOP. Data showed there were nurses who did not wear medical gloves when performing infusion. Without hand-hygiene, there will be serious problems occurring in future due to infection on patients.

This study was conducted on two stages. First was descriptive explanation and second was test. The first stage was to determine the problems between facts and theoretical data considering factors in fair, feedback and follow up supervision model to nurse compliance in infection prevention and control. This stage looked for the organizational characters, individual characters, job characters, Fair, Feedback, and Follow Up Supervision, infection prevention and control compliance, Phlebitis occurrence. The next stage was to prepare Fair, Feedback, and Follow Up Supervision Model in which it was followed with first test supervised by experts using FDG method. The results found formula to develop the design for Fair, Feedback, and Follow Up Supervision model. The research design used Quasi-experimental with pretest-posttest design. In second stage, pretest given before treatment and posttest were given after treatment. There were 144 participants in the first stage and 28 participants in the second stage which were divided into 14 people for the control group and 14 people for experimental group.

Variables were divided into independent variables, namely: organization characters, individual characters, as well as worker characters and dependent variable as fair feedback follow-up supervision model to nurse compliance in infection prevention and control in decreasing phlebitis.

The result indicated that the organization factor showed coefficient of 0.565 meaning that it affected to the fair, feedback, and follow up supervision model; individual factor showed coefficient of 0.609 meaning that it affected to the fair, feedback, and follow up supervision model; individual factor showed coefficient of 0.510 meaning that it affected to the fair, feedback, and follow up supervision model; worker factor showed coefficient of 0.313 meaning that it effected the

phlebitis occurrence. p . Value obtained using Wilcoxon was $p = 0.002$ where $p < 0,05$ meaning that there was difference on pretest-posttest scores. Test difference for control and experimental group used Kruskal Wallis where $p = 0.000$ and $p < \alpha$. It indicated that H_0 was rejected meaning that there was difference between control group and experimental group.

The recommendation for fair, feedback, and follow up supervision model is this model is better to be applied in nursing practice as it could develop nursing science especially to improve nurse compliance and surely leads to the improvement of professionalism of nursing personnels. This study can be the foundation to improve nurse compliance in following SOP and can develop health service research in nursing area. This formulated model can be used as a role for nurse supervisor (head of the room and nursing management) to carry out the respective training program.

ABSTRAK

**MODEL SUPERVISI FAIR FEEDBACK FOLLOW UP TERHADAP
KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI
(PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI)
SEBAGAI UPAYA PENURUNAN
KEJADIAN FLEBITIS**

Mokhamad Nurhadi

Pendahuluan: Dalam forum *Asian Pasific Economic Comitte* (APEC) atau *Global health Security Agenda* (GHS) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan telah menjadi agenda yang di bahas. Hal ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara. Fenomena yang sering kita jumpai dilapangan dalam pelayanan keperawatan semua intervensi keperawatan sudah memiliki standart prosedur operasional (SPO) untuk keselamatan pasien, namun masih banyak ditemukan perilaku kurang patuh dari perawat dalam melaksanakan prosedur tindakan. Salah satunya adalah ketidak patuhan terhadap program penerapan pengendalian infeksi. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model supervisi *fair feedback follow up* yang diharapkan mampu meningkatkan kepatuhan perawat dalam penerapan prosedur pengendalian infeksi terhadap penurunan kejadian Phlebitis

Metode: penelitian ini menggunakan desain *eksplanasi deskriptif* dengan pendekatan *Cross Sectional* dan tahap kedua adalah uji coba. Tahap berikutnya evaluasi pelaksanaa yang melibatkan 144 responden dipilih secara *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner dan observasi. *Partial Least Square* (PLS) digunakan untuk menguji faktor yang mempegaruhi pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow Up*. **Hasil** Faktor organisasi (koefisien jalur sebesar 0.565) berpengaruh terhadap supervisi *fair, feedback, follow Up*. Faktor individu (koofisien jalur 0.609) berpengaruh terhadap supervisi *fair, feedback, follow Up*. Faktor Individu (koofisien jalur 0.510) berpengaruh terhadap kejadian flebitis. Faktor pekerjaan (koofisien jalur 0.313) berpengaruh terhadap kejadian phlebitis. Uji non parametris dengan menggunakan *Wilcoxon* di dapatkan *p. Value* pada kelompok perlakuan $p = 0,002$, $p < 0,05$ yang berarti terdapat perbedaan skor awal dan akhir pada kelompok intervensi, Uji beda pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap kejadian phlebitis bakterial dilakukan dengan menggunakan uji *Kruskal Walis* di dapatkan $p = 0.000$, dimana $p < \alpha$ maka H_0 ditolak sehingga terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi. **Kesimpulan dan Saran:** faktor organisasi, faktor individu merupakan faktor yang penting dalam pelaksanaan model supervisi *fair, feedback, follow Up*.

Keywords: Superfisi *Fair Feedback Follow Up*, Kepatuhan Perawat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, Kejadian Flebitis

ABSTRACT
FAIR, FEEDBACK, AND FOLLOW UP SUPERVISION MODEL TO
NURSE COMPLIANCE IN APPLICATION OF THE INFECTION
PREVENTION AND CONTROL AS AN EFFORT DECREASING
PHLEBITIS

Mokhamad Nurhadi

Introduction: In the Asian Pacific Economic Committee (APEC) or the Global Health Security Agenda (GHS), Health Associated Infections (HAIs) had been discussed for years as it can directly affect the national economy. Common phenomenon occurred was in nursing where although there was SOP in nursing practice, most of personnel do not carry it out accordingly or the negligence in the infection prevention and control program. This study aimed to develop fair, feedback, and follow up supervision model to improve nurse compliance in carrying out infection prevention and control procedures to decrease phlebitis. **Methods:** This study used descriptive explanation with Cross Sectional approach and Quasi-Experimental Method. This study was divided into two stages. Objects were 144 participants for the first stage and 28 participants for the second stage which divided into control group and experimental group. Data were taken using questionnaires and observations with Partial Least Square (PLS) to determine factors affecting the application of the supervision model. **Result:** it indicated that the organizational factor showed coefficient of 0.565 meaning that it affected the supervision model; individual factor showed coefficient of 0.609 meaning that it affected the supervision model; individual factor showed coefficient of 0.510 meaning that it affected the phlebitis occurrence; occupational factor showed coefficient of 0.313 meaning that it affected the phlebitis occurrence. *p* Value was obtained using Wilcoxon as $p = 0.002$ where $p < 0.05$ meaning that there was difference score from pretest and posttest in both control group and experimental group. Kruskal Wallis test was used to determine the *p* value as $p = 0.000$ where $p < \alpha$ meaning that H_0 was rejected and there was difference between control group and experimental group. **Conclusions and Suggestions:** organizational factor and individual factor were important factors in applying fair, feedback, and follow up supervision model.

Keywords: Fair, Feedback, and Follow Up Supervision Model, nurse compliance, infection prevention and control, phlebitis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
RINGKASAN	x
ABSTRAK	xiv
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
DAFTAR SINGKATAN.....	xxiii
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah	7
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.5.1 Manfaat Teoritis	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8
1.5.3 Manfaat pada Tenaga Kesehatan	8
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 9
2.1 Supervisi Kinerja perawat	9
2.1.1 Unsur Pokok Supervisi.....	9
2.1.2 Pelaksanaan.....	9
2.1.3 Syarat Supervisi	11
2.1.4 Sasaran	12
2.1.5 Frekwensi	12
2.1.6 Tujuan	13
2.1.7 Teknik	14
2.1.8 Kerjasama.....	15
2.1.9 Langkah Supervisi.....	15
2.1.10 Manfaat Supervisi	19
2.2 Penerapan Supervisi Keperawatan.....	20
2.2.1 Prinsip Supervisi Keperawatan	20
2.2.2 Pelaksanaan Supervisi	21
2.2.3 Peran Supervisor dan Fungsi Supervisi Keperawatan	22

2.2.4 Teknik Supervisi	23
2.3 Supervisi <i>Fair Feedback Follow Up</i>	25
2.4 Faktor Penentu Produktifitas dalam Organisasi	27
2.5 Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	40
2.5.1 Konsep Dasar Penyakit Infeksi	40
2.5.2 Kewaspadaan Standar dan Berdasarkan Transmisi	45
2.5.3 Kewaspadaan Standar	47
2.6 Phlebitis	71
2.6.1 Penyebab Phlebitis	76
2.7 Keaslian Penelitian	78
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	91
3.1 Kerangka Konseptual	91
3.2 Keterangan	92
3.3 HipoTesis Penelitian	93
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	94
4.1 Desain Penelitian	94
4.1.1 Tahap 1	94
4.1.2 Tahap 2	96
4.2 Populasi, dan Sampel	97
4.2.1 Populasi	97
4.2.2 Sampel	97
4.2.3 Sampling	98
4.2.4 Besar Sampel	99
4.2.5 Teknik Pengambilan Sampel	99
4.3 Kerangka Operasional	101
4.4 Variabel Penelitian	102
4.4.1 Definisi Operasional	103
4.5 Instrument Penelitian	111
4.5.1 Uji Validitas dan Reliabilitas	116
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	118
4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data	118
4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data	120
4.8.1 Analisa Data Deskriptif	120
4.9.2 Teknik Analisa Inferensial	120
4.9.3 Kerangka Analisis	122
4.9 Etika Penelitian	123
4.9.1 <i>Informed Consent</i> (lembar persetujuan) menjadi responden	123
4.9.2 <i>Anonymity</i> (tanpa nama)	123
4.9.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	124
BAB 5 HASIL PENELITIAN	125
5.1 Data Umum	125
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	125
5.1.2 Visi Misi RSUD.dr. R. Koesma Tuban	126
5.2 Hasil Penelitian	12
5.2.1 Faktor Organisasi Terhadap Penilaian Supervisi di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban	129
5.2.2 Faktor Individu Terhadap Penilaian Supervisi di Ruang Rawat Inap	

RSUD. dr. R. Koesma Tuban.....	130
5.2.3 Faktor Pekerjaan Terhadap Penilaian Supervisi di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.....	131
5.2.4 Pelaksanaan Supervisi <i>Fair, Feed Back, Follow Up</i> , di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban	131
5.2.5 Variabel Penilaian Kejadian Flebitis.....	132
5.2.6 Pengembangan model <i>supervisi fair feedback follow up</i> terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian flebitis	133
5.2.7 Hasil Pengembangan Model <i>Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.....	144
5.3 Diskusi pakar Modul Supervisi <i>fair, feedback, Follow up</i>	147
5.4 Sosialisasi Modul Model <i>Supervisi Fair Feedback Follo up</i>	150
5.5 Evaluasi Model <i>Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> Model <i>Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr.R. Koesma Tuban	152
5.6 Tahap 2 (Pelaksanaan Modul Supervisi <i>Fair Feedback Follow Up</i>)	152
BAB 6 PEMBAHASAN	159
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian	159
6.1.1 Pengaruh faktor Organisasi terhadap kejadian phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban.....	159
6.1.2 Pengaruh faktor Organisasi terhadap penilaian pelaksanaan supervisi di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban	160
6.1.3 Pengaruh faktor individu terhadap kejadian phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban.....	163
6.1.4 Pengaruh faktor individu terhadap penilaian pelaksanaan supervisi di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban	164
6.1.7 Pengaruh faktor pekerjaan terhadap kejadian phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban.....	165
6.1.6 Pengaruh faktor pekerjaan terhadap penilaian pelaksanaan supervisi di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban	167
6.1.7 Model supervisi <i>fair feedback follow up</i> meningkatkan kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi sebagai upaya penurunan kejadian Phlebitis.....	168
6.1.8 Kepatuhan Perawat terhadap pencegahan pengendalian infeksi mempengaruhi penurunan kejadian phlebitis.....	170
6.2 Temuan Penelitian.....	172
6.3 Kontribusi Penelitian.....	174
6.3 Keterbatasan Penelitian.....	175
BAB 7 PENUTUP.....	176
7.1 Simpulan	176
2.2 Saran.....	177
DAFTAR PUSTAKA	178
LAMPIRAN.....	183

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Kegiatan atau Tindakan yang Memerlukan Sarung Tangan	54
Tabel 2.2	Keaslian Penelitian	78
Table 4.1	Bentuk Rancangan Penelitian <i>Pre Test-Post Test Design</i> Kepatuhan Perawat Terhadap Pelaksanaan Pencegahan Pengendalian Infeksi.	96
Tabel 4.2	Bentuk Rancangan Penelitian <i>Post Test Only Equivalent Control Group</i> Pada Kejadian Phlebitis	97
Tabel 4.3	Variabel Penelitian	102
Tabel 4.4	Definisi Operasional model <i>supervisi fair feedback follow up</i> terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian flebitis	107
Tabel 4.5	<i>Blue Print</i> Kuesioner Karakteristik Organisasi	112
Tabel 4.6	<i>Blue Print</i> Kuesioner Karakteristik Individu	113
Tabel 4.7	<i>Blue Print</i> Kuesioner Karakteristik Pekerjaan	114
Tabel 4.8	<i>Blue Print</i> Kuesioner Supervisi <i>Fair Feedback Follow Up</i>	114
Tabel 4.9	<i>Blue Print</i> Observasi Kejadian Flebitis	115
Tabel 5.1	Data Demografi Responden Tahap I	128
Tabel 5.2	Karakteristik Faktor Organisasi Perawat di RSUD. dr R. Koesma Tuban dalam Pengembangan Model Supervisi Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis Di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.	129
Tabel 5.4	Karakteristik Faktor Individu Perawat di RSUD. dr R. Koesma Tuban dalam Pengembangan Model Supervisi Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis Di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.	130
Tabel 5.5	Karakteristik Faktor Pekerjaan Perawat di RSUD. dr R. Koesma Tuban dalam Pengembangan Model Supervisi Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis Di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.	132
Tabel 5.6	Distribusi pelaksanaan <i>Supervisi Fair, Feedback, Follow</i>	132

	<i>Up</i> terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Up di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R.Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.	
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Variabel dan Sub Variabel Kejadian Phlebitis di RSUD. dr. R.Koesma Tuban Tahun 2018	134
Tabel 5.8	Hasil Validitas Konvergen Pengembangan Model <i>Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan kejadian flebitis.Phlebitis di RSUD. dr. R.Koesma Tuban Tahun 2018	135
Tabel 5.9	Hasil <i>Composite Reliability Model Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. koesma Tuban.	136
Tabel 5.10	Hasil Uji Hipotesis Model <i>Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.	141
Tabel 5.11	Hasil <i>Focus Group Discution</i> di RSUD. dr. R. Koesma Tuban	145
Tabel 5.12	Pengembangan Model <i>Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.	146
Tabel 5.13	Distribusi responden pada kelompok perlakuan dan kontrol di RSUD. dr. RSUD.dr.R. Koesma Tuban (N=28).	155
Tabel 5.14	Hasil Uji beda Skor Kepatuhan Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah dilakukan Model <i>Supervisi Fair, Feedback, Follow Up</i> pada Perawat di RSUD. Dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.	156
Tabel 5.15	Perbedaan Rata Rata Selisih Kepatuhan Awal dan Akhir Kelompok Intervensi dan Kontrol Perawat RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.	156
Tabel 5.16	Kejadian Phlebitis Bakterial pada Kelompok Interensi dan Kontrol di Ruang Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.	157
Tabel 5.17	Kejadian Phlebitis Mekanikal pada Kelompok Interensi dan Kontrol di Ruang Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.	158
	Kejadian Phlebitis Kimiawi pada Kelompok Interensi dan Kontrol di Ruang Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.	159

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul	Halaman
Gambar 1.1	Kajian Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI	6
Gambar 2.1	Alur Supervisi Keperawatan	22
Gambar 2.2	Faktor Penentu Produktifitas dalam Organisasi (Kompleman, 1986)	40
Gambar 2.3	Sekema Rantai Penularan Penyakit Infeksi	43
Gambar 2.4	Cara Kebersihan Tangan Dengan Sabun dan Air	50
Gambar 2.5	Cara Kebersihan Tangan Antiseptik Berbasis Alkohol	51
Gambar 2.6	Alat Pelindung diri	52
Gambar 2.7	Memakai Masker	55
Gambar 2.8	Masker Respirator/Partikular	56
Gambar 2.9	Gaun Pelindung	59
Gambar 2.10	Penutup Wajah	60
Gambar 2.11	Memakai Google	60
Gambar 2.12	Sepatu Pelindung	61
Gambar 2.13	Topi Pelindung	62
Gambar 2.14	Melepaskan Sarung Tangan	64
Gambar 2.15	Melepaskan <i>Google</i> atau Perisai Wajah	64
Gambar 2.16	Melepas Gaun Pelindung	65
Gambar 2.17	Melepas Masker	66
Gambar 2.18	Alur Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien	68
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Model <i>supervisi fair feedback follow up</i> terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian flebitis.	91
Gambar 4.1	Kerangka Operasional	101
Gambar 4.2	Kerangka Analisis	122
Gambar 5.1	Nilai <i>outer loading</i> pada model <i>supervisi fair feedback follow up</i> terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian flebitis.	133
Gambar 5.2	Diagram Jalur Persamaan Struktural terhadap Indikator pada Tiap Variabel Laten sebelum Membuang Variabel yang Tidak Valid.	138
Gambar 6.1	Hasil Permodelan Akhir Pengembangan Model <i>Supervisi Fair Feedback Follow Up</i> terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.	172

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Judul	Halaman
Lampiran 1	Lembar Permintaan Menjadi Responden	182
Lampiran 2	Lembar Permintaan Menjadi Responden FGD	185
Lampiran 3	Intrumen Penelitian	187
Lampiran 4	Panduan Focus Group Discusion FGD	203
Lampiran 5	Keterangan Lolos Etik	208
Lampiran 6	Surat Ijin Penelitian	209

DAFTAR ARTI LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH

AIDS	= Acquired Immune Deficiency Syndrome
APD	= Alat Pelindung Diri
BSI	= Body Substance Isolation
Depkes	= Departemen Kesehatan
DTT	= Desinfeksi Tingkat Tinggi
FGD	= Fokus Group Discussion
HAIs	= Health care Acquired Infection
HCU	= High Care Unit
HIV	= Human Immunodeficiency Virus
ICU	= Intensive Care Unit
IDO	= Infeksi Daerah Operasi
IRNA	= Instalasi Rawat Inap
IRJ	= Instalasi Rawat Jalan
ISK	= Infeksi Saluran Kemih
Kasi Renbang	= Kepala Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Kasi Monev	= Kepala seksi Monitoring Evaluasi
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	= Sumber Daya Manusia
SPO	= Standart Prosedur Operasional
SSI	= Surgical Site Infection
TKPRS	= Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
VAP	= Ventilator Associated Pneumonia
WHO	= Word Health Organization

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sesuai dengan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 27 tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di fasilitas pelayanan kesehatan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan atau *Healthcare Associated Infection* (HAIs) merupakan salah satu masalah kesehatan diberbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Dalam forum *Asian Pasific Economic Comittee* (APEC) atau *Global health Security Agenda* (GHSA) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan telah menjadi agenda yang di bahas. Hal ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara.

Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi. PPI merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan disaat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan.

Kepatuhan merupakan perilaku individu melakukan kesetiaan, ketaatan untuk melakukan apa yang di perintahkan kepadanya untuk melaksanakan prosedur tetap yang sudah dibuat. Kepatuhan pada awalnya individu mematuhi dan sering kali kepatuhan dilakukan karena ingin menghindari hukuman atau sangsi jika tidak patuh (Niven, 2008). Fenomena yang sering kita jumpai dilapangan dalam

pelayanan keperawatan semua intervensi keperawatan sudah memiliki standart prosedur operasional (SPO) untuk keselamatan pasien, namun masih banyak ditemukan perilaku kurang patuh dari perawat dalam melaksanakan prosedur tindakan. Salah satunya adalah ketidak patuhan terhadap program penerapan pengendalian infeksi, infeksi ini merupakan penyebab utama kematian dan meningkatnya morbiditas pasien yang dirawat di rumah sakit. Survei prevalensi yang dilakukan WHO di 55 rumah sakit dari 14 negara yang mewakili 4 Kawasan WHO (Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik Barat) menunjukkan rata-rata 8,7% pasien rumah sakit mengalami HAIs. Setiap saat, lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita komplikasi dari infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Frekuensi tertinggi HAIs dilaporkan dari rumah sakit di Kawasan Timur Tengah dan Asia Tenggara (11,8% dan 10,0% masing-masing), dengan prevalensi 7,7% dan 9,0% masing-masing di kawasan Eropa dan Pasifik barat (WHO, 2002). Penelitian lain, HAIs dilaporkan rata-rata sekitar 3,5% (Jerman) menjadi 5% (Amerika Serikat) dari seluruh pasien rawat inap, di perawatan rumah sakit tersier sekitar 10% dan di ICU sekitar 15%-20% kasus (Kayser, 2005). Kasmad (2007) menyatakan di negara - negara berkembang termasuk Indonesia, kejadian HAIs jauh lebih tinggi. Menurut penelitian yang dilakukan di dua kota besar Indonesia didapatkan angka kejadian HAIs sekitar 39% - 60%. Di negara - negara berkembang terjadinya HAIs tinggi karena kurangnya pengawasan, praktek pencegahan yang buruk, pemakaian sumber terbatas yang tidak tepat dan rumah sakit yang penuh sesak oleh pasien. Data survey yang dilakukan oleh peneliti AMRIN (*Anti Microbal Resistance In Indonesia*), di RSUP dr. Kariadi Semarang tahun 2002, angka kejadian infeksi luka operari profunda (*Deep Incisional*)

sebesar 3%, infeksi aliran darah primer (phlebitis) sebesar 6% dan infeksi saluran kemih merupakan angka kejadian yang paling tinggi yaitu sebesar 11%. Berdasarkan data dari bidang keperawatan RSUD.dr. R.Koesma Tuban masih didapatkan angka kejadian phlebitis pada tanggal 7-12 Agustus 2017 sebesar 11% dari jumlah pasien beresiko terjadi phlebitis sebanyak 19 orang. Kejadian Phlebitis menjadi indikator mutu pelayanan minimal rumah sakit dengan standar kejadian $\leq 1,5\%$.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di di Ruang Teratai RSUD. Dr. R. Koesma Tuban yang merupakan tempat penelitian ini, pada tanggal 6 Oktober 2017 didapatkan hasil dari 5 momen indikasi *hand hygiene*, petugas hanya sering melakukan *hand hygiene* pada saat setelah kontak dengan pasien saja baru dilaksanakannya *hand hygiene*, serta langkah-langkah pelaksanaannya tidak sesuai dengan prosedur, dimana masih sedikit petugas yang melakukan 6 langkah *hand hygiene* dengan benar. dari 10 perawat yang dilakukan pengamatan didapatkan hasil 7 orang (70%) perawat melakukan cuci tangan tidak sesuai SPO, 3 orang (30%) perawat melakukan cuci tangan sesuai dengan SPO. Didapatkan pula data dari pengamatan ada perawat yang memegang infus saat membetulkan aliran infus yang macet tanpa menggunakan sarung tangan. Apabila ketidak patuhan terhadap *hand hygiene* ini tidak segera di atasi maka akan menimbulkan beberapa akibat pada keselamatan pasien terhadap infeksi.

Tujuan dari Program PPI adalah untuk Meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya melalui pencegahan dan pengendalian infeksi Melindungi sumber daya manusia kesehatan dan masyarakat dari penyakit infeksi yang berbahaya; serta Menurunkan angka kejadian HAIs. Ruang lingkup

dari Program PPI meliputi Pencegahan Infeksi, Pendidikan dan Pelatihan, Surveilans, dan Penggunaan Obat Antibiotik secara Rasional.

Gender, umur dan jenis pekerjaan merupakan faktor kepatuhan (Szilagyi et al, 2013). Ernawati, et.al (2014) menyebutkan bahwa pengetahuan dan penguatan monitoring dalam bentuk audit, media pengingat, tidak adanya mekanisme sanksi dan penghargaan merupakan faktor determinan kepatuhan. Berbagai intervensi yang melibatkan perubahan perilaku, pendidikan kreatif, monitoring dan evaluasi, dan lebih penting adalah keterlibatan supervisor sebagai role model serta dukungan pimpinan (Ernawati, et.al, 2014).

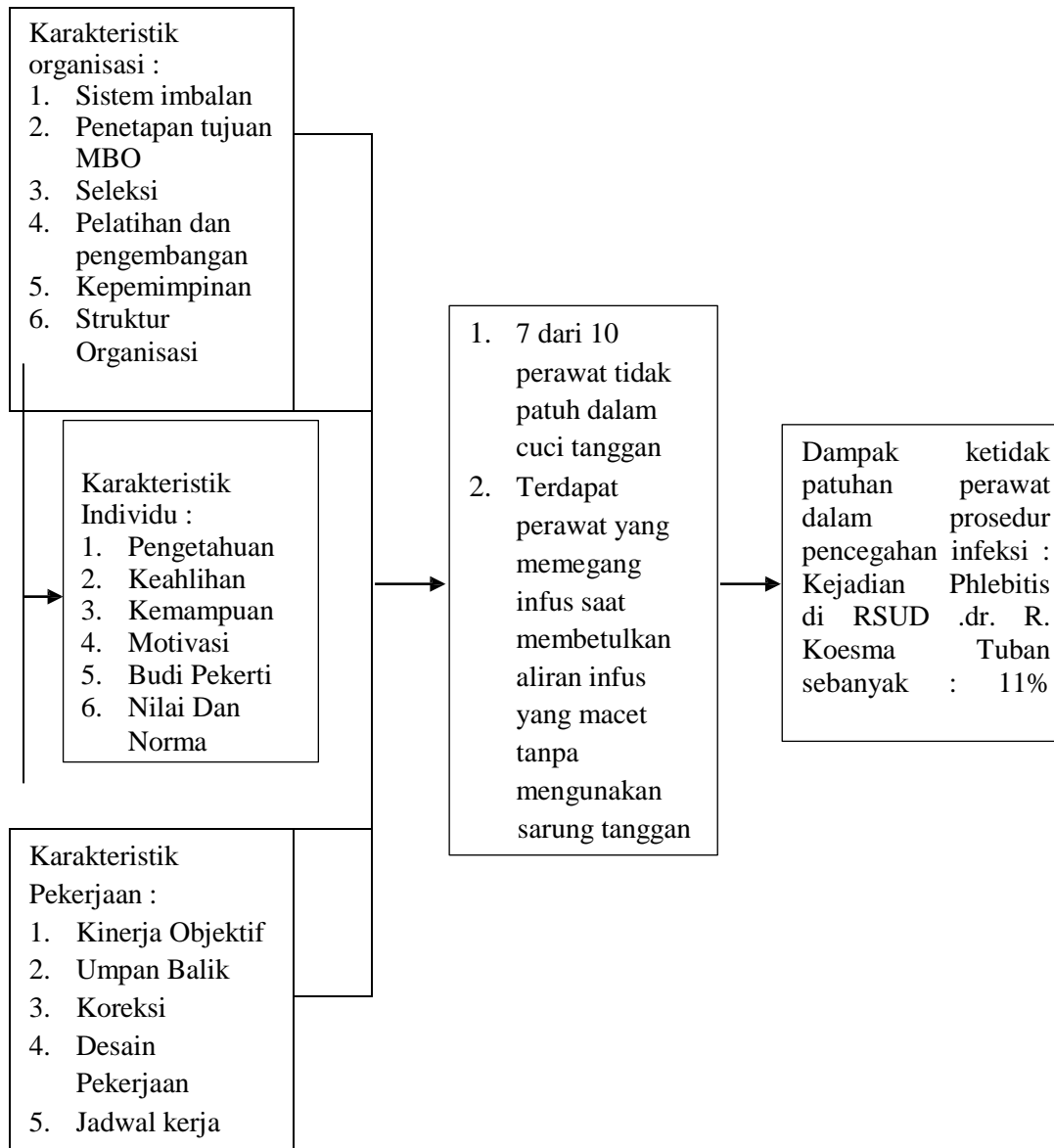
Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien. TKPRS sebagaimana dimaksud bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit. Keanggotaan TKPRS terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit. TKPRS melaksanakan tugas: mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut; menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit; menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit. Pelayanan yang berkualitas haruslah didukung oleh sumber sumber yang memadai, antara lain sumber daya manusia yang bermutu, standart pelayanan termasuk pelayanan keperawatan yang berkualitas, disamping fasilitas yang sesuai harapan masyarakat. Agar pelayanan keperawatan senantiasa memenuhi harapan konsumen dan sesuai dengan standart yang berlaku maka diperlukan suatu

pengawasan terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan. Pengawasan atau supervisi merupakan hal yang baik. Supervisi merupakan hal yang penting dan pelaksanaannya bergantung pada bagaimana staf melihatnya. Unsur dalam pelaksanaan supervisi mulai dari penilaian (*fair*), *feedback* dan *Follow Up* yang penuh tanggung jawab, kompeten sesuai hak dan wewenang akan memberikan umpan balik langsung terhadap kinerja staf keperawatan, apabila staf keperawatan dalam tindakan sesuai dengan SPO maka akan mampu mendorong mereka untuk dapat meningkatkan orientasi kinerjanya, demikian juga apabila kinerja dari staf keperawatan tidak mencapai seperti yang diharapkan atau tidak mematuhi SPO maka akan dapat memberikan dorongan agar ketidak patuhan tersebut tidak terulang kembali (Ngatno 2006). Kegiatan pokok pada supervisi pada dasarnya mencakup empat hal yaitu : (1) menetapkan masalah dan prioritas; (2) menetapkan penyebab masalah, prioritas, dan jalan keluarnya; (3) melaksanakan jalan keluarnya; (4) menilai hasil yang di capai untuk tindak lanjut berikutnya (Nursalam, 2016). Kunci sukses supervisi yaitu 3 F, *Fair*, *Feedback*, dan *Follow Up* (H. Burton, dalam Pier AS, 1997). dan merupakan ujung tombak tercapainya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Fokus baru dari penelitian ini adalah mengembangkan model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

1.2 Kajian Masalah

Dari uraian latar belakang diatas, maka dapat disimpulkan kajian masalah sebagai berikut:



Gambar 1.1 Kajian Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI .

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut diatas masalah yang dapat dirumuskan sebagai berikut:

- 1 Apakah ada pengaruh karakteristik organisasi terhadap kejadian phlebitis?
- 2 Apakah ada pengaruh karakteristik organisasi terhadap supervisi?
- 3 Apakah ada pengaruh karakteristik Individu terhadap kejadian phlebitis?
- 4 Apakah ada pengaruh karakteristik Individu terhadap supervisi?
- 5 Apakah ada pengaruh karakteristik pekerjaan terhadap kejadian phlebitis?
- 6 Apakah ada pengaruh karakteristik pekerjaan terhadap supervisi?
- 7 Apakah ada pengaruh model supervisi *fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi.
- 8 Apakah ada pengaruh kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi terhadap kejadian phlebitis.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Mengembangkan model supervisi *fair feedback follow up* pada kepatuhan perawat dalam penerapan prosedur pengendalian infeksi terhadap penurunan kejadian Phlebitis.

1.4.2 Tujuan Khusus :

1. Menganalisis pengaruh karakteristik organisasi terhadap kejadian phlebitis.
2. Menganalisis pengaruh karakteristik organisasi terhadap supervisi.
3. Menganalisis pengaruh karakteristik Individu terhadap kejadian Phlebitis

4. Menganalisis pengaruh karakteristik Individu terhadap supervisi.
5. Menganalisis pengaruh karakteristik pekerjaan terhadap kejadian phlebitis.
6. Menganalisis pengaruh karakteristik pekerjaan terhadap supervisi.
7. Menganalisis pengaruh model supervisi *fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi
8. Menganalisis pengaruh kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi terhadap kejadian phlebitis.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Memberikan sumbangan khasanah kajian ilmiah dibidang kesehatan terutama dalam pengembangan manajemen keperawatan sebagai rujukan untuk memilih metode pendekatan Supervisi *fair feedback follow up*.

1.5.2 Manfaat Praktis

Indikator supervisi *fair feedback follow up* (aturan dan kebijakan standart prosedur operasional, komunikasi, koreksi dan konfirmasi, akreditasi, standart profesi) sebagai kunci dalam meningkatkan kepatuhan perawat dalam PPL. Sehingga membangun kepatuhan perawat yang berdampak pada *Safety performance* dan menurunkan angka KTD (kejadian tak diinginkan).

1.5.1 Manfaat pada Tenaga Kesehatan

Sebagai rujukan mahasiswa kesehatan, perawat dan petugas kesehatan dalam pelayanan kesehatan di masyarakat untuk aplikasi praktik keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Secara konsep penelitian ini menggunakan konsep Supervisi, Penerapan supervisi keperawatan, Supervis 3F (*fair, feedback, follow up*) Keperawatan, Faktor Penentu Produktifitas Dalam Organisasi Kompleman, dan pencegahan dan pengendalian infeksi.

2.1 Supervisi Kinerja Perawat

Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi agar mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif (Huber, 2000). Supervisi keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan dan peralatan agar pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu setiap saat.

2.1.1 Unsur Pokok Supervisi

Dalam melaksanakan supervisi terdapat beberapa unsur pokok. unsur - unsur pokok yang dimaksud adalah pelaksana, sasaran, frekwensi, tujuan dan teknik.

2.1.2 Pelaksana

Pelaksana atau yang bertanggung jawab melaksanakan supervisi adalah atasan, yakni mereka yang memiliki kelebihan dalam organisasi. Kelebihan yang

dimaksud sering dikaitkan dengan status yang lebih tinggi (supervisor) dan karena itu fungsi supervisi memang dimiliki oleh atasan. Namun untuk keberhasilan supervisi, yang lebih diutamakan adalah kelebihan pengetahuan atau ketrampilan. Menurut Ali Zaidin, dalam bukunya yang berjudul *Dasar Dasar Kepemimpinan Dalam Keperawatan*, membagi tingkatan atas kelas manajer dalam melaksanakan supervisi, yaitu sebagai berikut.

1. Manajer Puncak (*Top Manager*)

Manajer puncak bertanggung jawab atas seluruh kegiatan dari hasil kegiatan serta proses manajemen organisasi. Tugas utamanya menetapkan kebijakan (*policy*), memberi petunjuk atau pengarahan umum berkaitan dengan tujuan. misalnya Kakanwil Depkes Provinsi, Kadinkes Daerah, Direktur Rumah Sakit dan sebagainya.

2. Manajer Menengah (*Middle Manager*).

Manajer menengah ini memimpin sebagian manajer tingkat pertama. Tugasnya menjabarkan kebijakan Top Manager kedalam program – program. Misalnya, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang, Kasubdin Propinsi, Kasubbag Dati II.

3. Manajer Tingkat Pertama (*First Line, First Level Manager, Supervisor Manager*)

Manajer tingkat bawah yang bertugas memimpin langsung para pelaksana atau pekerja, yaitu melaksanakan supervisi sebagai mandor atau supervisor. Misalnya Kepala Seksi, Kepala urusan.

2.1.3 Syarat Supervisi

Untuk dapat melaksanakan Supervisi dengan baik di perlukan beberapa syarat atau karakteristik yang harus dimiliki oleh pelaksana supervisi atau supervisor (Azwar, 1996) adalah sebagai berikut.

1. Sebaiknya pelaksana supervisi adalah atasan langsung dari yang di supervisi, atau apabila tidak mungkin, dapat ditunjukan staf khusus dengan batas – batas wewenang dan tanggung jawab yang jelas.
2. Pelaksana supervisi harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang cukup untuk jenis pekerjaan yang disupervisi.
3. Pelaksanaan supervisi harus memiliki ketrampilan melakukan supervisi, artinya memahami prinsip – prinsip pokok serta teknis supervisi.
4. Pelaksanaan supervisi harus mempunyai sifat edukatif, suportif, dan bukan otoriter.
5. Pelaksana harus mempunyai waktu yang cukup, tidak tergesa – gesa, dan secara sabar berupaya meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap bawahan yang disupervisi.

Pelaksana supervisi yang baik memerlukan bekal kemampuan yang banyak. Selain lima syarat atau karakteristik tersebut, juga dibutuhkan kemampuan melakukan komunikasi, motivasi, pengarahan, bimbingan, dan kepemimpinan.

Dalam pelaksanaan supervisi akan terdapat dua pihak yang melakukan hubungan kegiatan yaitu pihak supervisor dan pihak yang disupervisi. Supervisor melakukan kegiatan pelayanan profesional untuk membantu atau membimbing

pihak yang dilayani. Pihak yang di supervisi inilah yang menerima layanan profesional berupa bantuan dan bimbingan agar mereka dapat meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan kegiatan secara efisien dan efektif (Sudjana, 2004).

Menurut WHO (1999) dalam buku *Manajemen Kesehatan Primer*, proses pengawasan pegawai yang baik harus meliputi hal berikut.

1. Tepat waktu, artinya untuk mempertahankan standart kerja, tindakan pengawasan harus dilakukan pada saat yang tepat.
2. Sederhana, artinya tindakan pengawasan harus sederhana, bila tidak akan memerlukan waktu lama untuk menerapkan dan menghasilkan efek yang diinginkan.
3. Minimal, artinya pengawasan harus disediakan sedikit mungkin, yakni sedikit yang diperlukan untuk menjamin pekerjaan akan diselesaikan dan standart dipertahankan.
4. Luwes, artinya pengawasan yang selalu kaku dapat menjadi seperti senjata makan tuan, para pekerja akan mencoba menghindarinya.

2.1.4 Sasaran

Sasaran atau objek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan yang melakukan pekerjaan. sasaran yang dilakukan oleh bawahan disebut sebagai sasaran langsung.

2.1.5 Frekwensi

Supervisi harus dilakukan dengan frekwensi yang berbeda. frekwensi yang dilakukan hanya sekali, bukan supervisi yang baik. Tidak ada pedoman yang pasti seberapa sering supervisi dilakukan. Pegangan umum yang digunakan bergantung

pada derajat kesulitan pekerjaan yang dilakukan serta sifat penyesuaian yang akan dilakukan.

Menurut Nursalam (2002), melakukan supervisi yang tepat harus bisa menentukan kapan dan apa yang diperlukan supervisi dan batuan. Sepanjang kontrol / supervisi penting bergantung bagaimana staf melihatnya.

1. *Overcontrol*. kontrol yang terlalu berlebihan akan merusak delegasi yang diberikan. staf tidak akan dapat memikul tanggung jawabnya.
2. *Undercontrol*. Kontrol yang kurang juga akan berdampak buruk terhadap delegasi, dimana staf akan tidak produktif melaksanakan tugas limpahan dan berdampak secara signifikasi terhadap hasil yang diharapkan. Hal ini akan berdampak terhadap pemborsan waktu dan anggaran yang sebenarnya dapat dihindarkan. berikan kesempatan waktu yang cukup kepada staf untuk berfikir dan melaksanakan tugas tersebut.

2.1.6 Tujuan

Tujuan Supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung, sehingga bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik.

Tujuan dari pengawasan adalah sebagai berikut :

1. Menjamin bahwa pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam tempo yang diberikan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia.
2. Memungkinkan pengawas menyadari kekurangan – kekurangan para petugas kesehatan dalam hal kemampuan, pengetahuan, dan pemahaman, serta mengatur pelatihan yang sesuai.

3. Memungkinkan para pengawas mengenali dan memberikan penghargaan atas pekerjaan yang baik dan mengenali staf yang layak diberikan kenaikan jabatan dan pelatihan lebih lanjut.
4. Memungkinkan manajemen bahwa sumber yang disediakan bagi petugas telah cukup dan dipergunakan dengan baik.
5. Memungkinkan manajemen menentukan penyebab kekurangan pada kinerja tersebut.

2.1.7 Teknik

Kegiatan pokok pada supervisi pada dasarnya mencakup empat hal yang bersifat pokok. Yaitu (1) menetapkan masalah dan prioritas, (2) meneapkan penyebab masalah, prioritas, dan jalan keluarnya, (3) melaksanakan jalan keluar, dan (4) menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjut berikutnya.

Untuk dapat melaksanakan supervisi yang baik ada dua teknik.

1. Pengamatan langsung

pengamatan yang langsung dilaksanakan supervisi harus memperlihatkan hal berikut.

A. Sasaran pengamatan

pengamatan langsung yang tidak jelas sasarannya dapat menimbulkan kebingungan. untuk mencegah keadaan ini, maka pengamatan langsung ditujukan pada sesuatu yang bersifat pokok dan strategis saja.

B. Objektivitas pengamatan

pengamatan langsung yang tidak terstandarisasi dapat mengganggu objektivitas. Untuk mencegah keadaan seperti ini, maka diperlukan suatu daftar isian atau *Check List* yang telah dipersiapkan.

C. Pendekatan pengamatan

pengamatan langsung sering menimbulkan berbagai dampak dan kesan negative, misal rasa takut, tidak senang, atau kesan mengganggu pekerjaan. Dianjurkan pendekatan pengamatan dilakukan secara edukatif dan suportif, bukan kekuasaan atau otoriter

2.1.8 Kerja Sama

Keberhasilan pemberian bantuan dalam rangka meningkatkan penampilan bawahan di dalam supervisi perlu terjalin kerjasama antara supervisor dengan yang disupervisi. Kerjasama tersebut akan terwujud bila ada komunikasi yang baik, sehingga mereka yang disupervisi merasakan masalah yang dihadapi adalah juga masalah mereka sendiri (Azwar, 1996).

2.1.9 Langkah Supervisi

Menurut Ali Zaidin, teknik atau metode dalam melaksanakan pengawasan adalah bertahap dengan langkah – langkah sebagai berikut.

Langkah I : Mengadakan Persiapan Pengawasan

1. Menentukan tujuan
2. Menentukan metode pengawasan yang tepat
3. Menentukan standart/kriteria pengukuran.

Langkah II : Menjalankan Pengawasan

Terdiri atas tiga tahap, yaitu sebagai berikut.

1. Membuat dan menentukan rencana pengawasan, dimana rencana pengawasan harus memuat system pengawasan, standart yang dipakai, dan cara pelaksanaan.
2. Pelaksanaan pengawasan dapat dilakukan dengan berbagai sistem, yaitu.

- a. sistem *Preventif*, yang dilaksanakan sebelum suatu usaha dilakukan
- b. sistem *Respresif*, yang dilaksanakan setelah suatu usaha dilakukan, misalnya memberikan laporan – laporan kegiatan.
- c. sistem *Verivikatif*, yaitu pemeriksaan secara terperinci dengan memberikan laporan – laporan perincian dan analisa dari segala hal yang terjadi dalam pelaksanaan rencana.
- d. sistem *Inspektif*, yaitu suatu sistem pengawasan dengan mengadakan pemeriksaan setempat secara langsung dengan tujuan mengetahui sendiri keadaan yang sebenarnya.
- e. sistem *investigatif*, yaitu suatu pengawasan dengan jalan mengadakan penelitian, penyelidikan untuk mengetahui kesalahan dan membongkar adanya penyelewengan. Sistem terdiri atas *inspektif* dan *verivikatif*.
- f. kombinasi sistem *preventif* dan *represif* yaitu suatu sistem pengawasan dari suatu usaha yang dilakukan baik sebelum maupun sesudah usaha tersebut berjalan.

3. Penilaian dari pelaksanaan pengawasan

Penilaian adalah proses penetapan secara sistematis tentang nilai, tujuan, efektifitas, atau kecocokan sesuatu sesuai dengan kriteria dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Penilaian sebagai kegiatan sistematis untuk mengumpulkan, mengolah, menganalisis, mendeskripsikan, dan menyajikan data atau informasi yang diperlukan sebagaimasukan untuk pengambilan keputusan (Huber, 2000). Menurut Huber (2000), evaluasi dilakukan sejak perencanaan program berkaitan dengan dimensi kualitatif tentang efektifitas program, mengarah pada upaya menyiapkan bahan masukan untuk

pengambilan keputusan tentang ketepatan, perbaikan perluasan, atau pengembangan program terkait dengan pengambilan keputusan tentang penyusunan rancangan dan isi program.

Langkah III : Memperbaiki Penyimpangan

Tujuan dari hal ini adalah mengadakan perbaikan dari hasil kerja yang kurang atau salah untuk memperoleh hasil yang lebih besar dan lebih efisien. setelah data melalui pengawasan diperoleh, maka dianalisis dan masalah yang timbul dicarikan pemecahannya serta mencegah membuat masalah pada waktu mendatang. Pembinaan yang efektif dapat digambarkan melalui lima langkah pokok yang berurutan, kelima langkah ini adalah sebagai berikut.

1. Mengumpulkan informasi

Informasi yang dihimpun meliputi kenyataan atau peristiwa yang benar – benar terjadi dalam kegiatan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan. Pengumpulan informasi yang dianggap efektif adalah yang dilakukan secara berkala dan berkelanjutan dengan menggunakan pemantauan dan penelaahan laporan kegiatan.

2. Mengidentifikasi masalah

Masalah ini diangkat dari informasi yang telah dikumpulkan dalam langkah pertama. masalah akan muncul apabila terjadi ketidaksesuaian dengan atau penyimpangan dari kegiatan yang telah direncanakan. Ketidaksesuaian atau penyimpangan menyebabkan adanya jarak (perbedaan) antara kegiatan yang seharusnya terlaksana dengan kegiatan yang benar – benar terjadi. Jarak atau perbedaan antara kegiatan inilah yang disebut masalah.

3. Menganalisis masalah

Kegiatan analisis adalah mengetahui beberapa jenis masalah dan faktor – faktor penyebab timbulnya masalah tersebut. Faktor – faktor itu mungkin datang dari para pelaksana kegiatan, sasaran kegiatan, fasilitas, biaya, proses, waktu, dan kondisi lingkungan. Disamping faktor penyebab, diidentifikasi pula sumber – sumber dan potensi yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah yang timbul. Hasil analisis ini penting untuk diperhatikan dalam upaya pemecahan masalah.

4. Mencari dan menetapkan alternatif pemecahan masalah

Kegiatan pertama yang perlu dilakukan adalah mengidentifikasi alternatif upaya yang dapat dipertimbangkan untuk memecahkan masalah. Alternatif ini disusun setelah memperhatikan sumber – sumber pendukung dan kemungkinan hambatan yang akan ditemui dalam upaya pemecahan masalah. Kegiatan selanjutnya adalah menetapkan prioritas upaya pemecahan masalah yang dipilih dari alternative yang tersedia.

5. Melaksanakan upaya pemecahan masalah

Pelaksanaan upaya ini dapat dilakukan Pembina baik secara langsung maupun tidak langsung. Pembina secara langsung dapat dibagi dua macam, yaitu pertama, pembinaan individual (perorangan), yaitu pembinaan yang dilakukan terhadap seseorang pelaksana kegiatan. Pihak pembina memberikan dorongan, bantuan, dan bimbingan langsung pada pelaksanaan kegiatan. Cara ini tepat dilakukan apabila pihak yang dibina mempunyai kegiatan beraneka ragam atau memerlukan pembinaan bervariasi. Teknik – teknik yang dapat

digunakan antara lain adalah dialog, diskusi, bimbingan individual, dan peragaan. Kedua, pembinaan kelompok. Pihak supervisor melayani para pelaksana kegiatan secara kelompok. Pembinaan ini dapat digunakan apabila para pelaksana kegiatan atau pihak yang dibina memiliki kesamaan kegiatan atau kesamaan permasalahan yang dihadapi. Pembinaan kelompok menghemat biaya, waktu dan tenaga. Teknik – teknik yang dapat digunakan dalam pembinaan kelompok antara lain diskusi, penataran, rapat kerja, demonstrasi, dan lokakarya. secara tidak langsung upaya pemecahan masalah yang diputuskan oleh pihak pembina itu dilakukan melalui pihak lain, seperti melalui orang lain atau media tertulis.

Melalui orang lain adalah pembinaan yang dilakukan oleh pejabat dari organisasi yang lebih tinggi atau melalui tenaga khusus yang diberi tugas pembinaan. sementara itu, yang melalui media tertulis antara lain ialah pembinaan yang dilakukan dalam bentuk pedoman, petunjuk pelaksanaan, dan korespondensi. Teknik – teknik pembinaan tidak langsung mencakup kegiatan memberikan petunjuk, pedoman, dan informasi kepada pihak yang dibina tentang kegiatan yang harus dikerjakan. Alat atau media yang digunakan mencakup media tertulis, seperti surat –menyurat atau media cetak (lembaran pedoman, brosur dan bulletin).

2.1.10 Manfaat Supervisi

Manfaat yang dimaksud apabila ditinjau dari sudut manajemen dapat dibedakan atas dua macam.

1. Meningkatkan efektifitas kerja

Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan makin meningkatnya pengetahuan dan ketrampilan “bawahan” serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dengan bawahan.

2. Meningkatkan efisiensi kerja

peningkatan efisiensi kerja ini erat hubungannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan oleh bawahan sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, dana, dan sarana) yang sia – sia akan dapat dicegah.

supervisi mempunyai tiga kegunaan. *Pertama*, supervisi berguna untuk meningkatkan kemampuan supervisor dalam memberikan layanan kepada para pelaksana kegiatan (perawat). Kemantapan kemampuan akan dialami apabila supervisor sering melakukan supervisi. *Kedua*, supervisi bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan para pelaksana kegiatan. *Ketiga*, hasil supervisi berguna untuk menyusun pedoman atau petunjuk pelaksanaan layanan professional pada pelaksana kegiatan. (Nursalam, 2016).

2.2 Penerapan Supervisi Keperawatan

Supervisi keperawatan adalah suatu proses pemberian sumber – sumber yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas dalam rangka mencapai tujuan. Tujuannya adalah pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, ketrampilan, dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugasnya.

2.2.1. Prinsip Supervisi Keperawatan

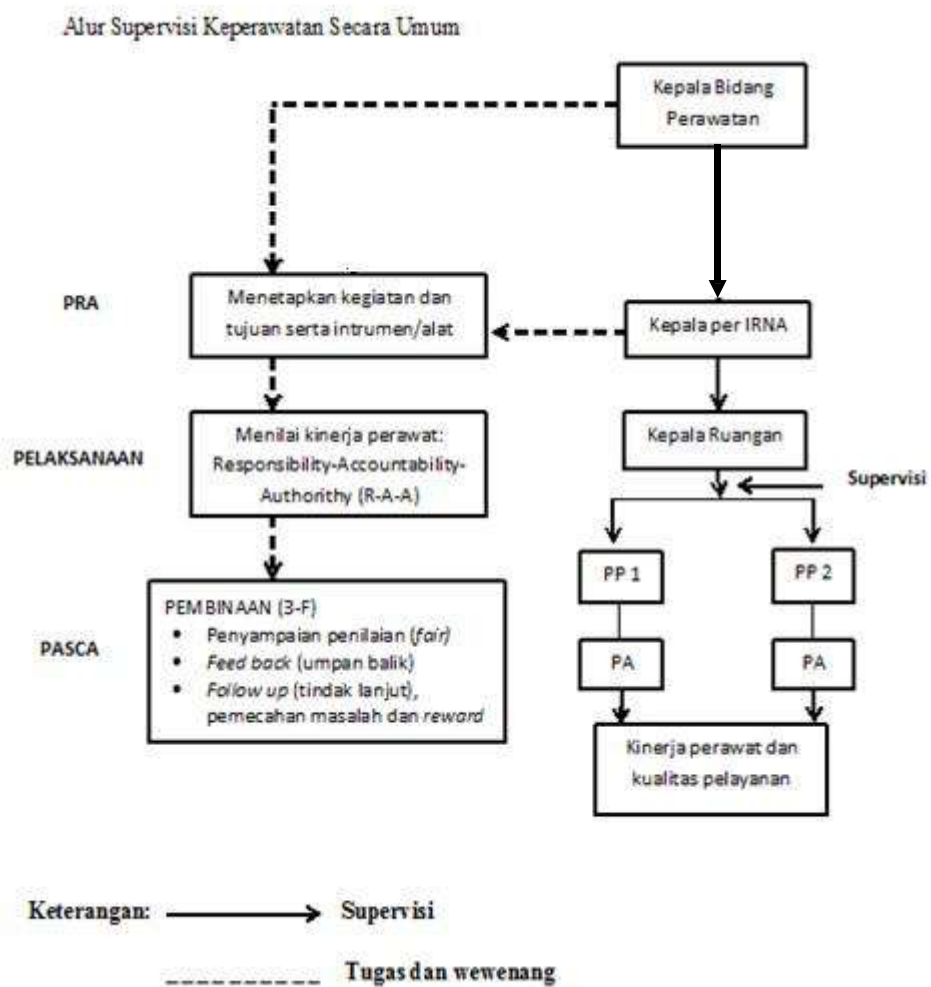
1. Supervisi dilakukan sesuai dengan struktur organisasi.

2. Supervisi memerlukan pengetahuan dasar manajemen, ketrampilan hubungan antar manusia dan kemampuan menerapkan prinsip manajemen dan kepemimpinan.
3. Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas, terorganisir, dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan, uraian tugas, dan standart.
4. Supervisi merupakan proses kerja sama yang demokratis antara supervisor dan perawat pelaksana.
5. Supervisi merupakan visi, misi, falsafah, tujuan, dan rencana yang spesifik.
6. Supervisi menciptakan lingkungan yang kondusif, komunikasi efektif, kreatifitas, dan motivasi.
7. supervisi mempunyai tujuan yang berhasil dan berdaya guna dalam pelayanan keperawatan yang memberi kepuasan klien, perawat dan manajer.

2.2.2. Pelaksana Supervisi

1. Kepala Ruang:
 - A. bertanggung jawab dalam supervisi pelayanan keperawatan pada klien di ruang perawatan.
 - B. merupakan ujung tombak penentu tercapainya atau tidaknya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
 - C. mengawasi perawat pelaksana dalam melaksanakan praktik keperawatan di ruang perawatan sesuai dengan yang dielegasikan.
2. Pengawas keperawatan, bertanggung jawab dalam supervisi pelayanan kepada kepala ruang yang ada di instansinya.
3. kepala seksi keperawatan, mengawasi instalasi dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung.

Alur Supervisi :



Gambar 2.1 : Alur Supervisi Keperawatan.

2.2.3. Peran Supervisor dan Fungsi Supervisi Keperawatan

Peran dan fungsi supervisor dalam supervisi adalah mempertahankan keseimbangan pelayanan keperawatan dan manajemen sumber daya yang tersedia.

1. Manajemen pelayanan keperawatan.

Tanggung jawab supervisor adalah sebagai berikut.

- A. Menetapkan dan mempertahankan standar praktik keperawatan.
- B. Menilai kualitas asuhan keperawatan dan pelayanan yang diberikan.
- C. Mengembangkan peraturan dan prosedur yang mengatur pelayanan keperawatan, kerjasama dengan tenaga kesehatan lain terkait.

2. Manajemen anggaran.

Manajemen keperawatan berperan aktif dalam membantu perencanaan dan pengembangan.

Supervisor berperan dalam hal berikut.

- A. Membantu menilai rencana keseluruhan dikaitkan dengan dana tahunan yang tersedia dan mengembangkan tujuan unit yang dapat dicapai sesuai tujuan rumah sakit (RS).
- B. Membantu mendapatkan informasi statistik untuk merencanakan anggaran keperawatan.
- C. Memberi justifikasi proyeksi anggaran unit yang di kelola.

Supervisi yang berhasil guna dan berdaya guna tidak dapat terjadi begitu saja, tetapi memerlukan praktik dan evaluasi penampilan agar dapat dijalankan dengan tepat. kegagalan supervisi dapat menimbulkan kesenjangan dalam pelayanan keperawatan.

2.2.4. Teknik Supervisi

1. Proses supervisi keperawatan terdiri atas tiga elemen kelompok, yaitu :

- A. Mengacu pada standar asuhan keperawatan

- B. Fakta pelaksanaan praktik keperawatan sebagai pembanding untuk menetapkan pencapaian.
- C. Tindak lanjut dalam upaya memperbaiki dan mempertahankan kualitas asuhan.

2. Area supervisi

- A. Pengetahuan dan pengertian asuhan keperawatan kepada klien.
- B. Keterampilan yang dilakukan disesuaikan dengan standart.
- C. Sikap pengharapan terhadap pekerjaan misalnya kejujuran dan empati.

Area supervisi keperawatan mencakup aspek kognitif, sikap dan perilaku, yang meliputi :

- a. kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien;
- b. pendokumentasian asuhan keperwatan;
- c. penerimaan pasien baru;
- d. pendidikan kesehatan melalui perencanaan pulang;
- e. pengelolaan logistik dan obat;
- f. penerapan metode ronde keperawatan dalam menyelesaikan masalah keperawatan klien;
- g. pelaksanaan timbang terima.

3. Cara supervisi

Supervisi dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu sebagai berikut.

- A. Langsung

Supervisi dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, yaitu supervisor dapat terlibat dalam kegiatan, umpan balik dan perbaikan. Proses supervisi meliputi :

- 1) perawat pelaksana melakukan secara mandiri suatu tindakan keperawatan di damping oleh supervisor;
- 2) selama proses, supervisor dapat memberikan dukungan, *reinforcement* dan petunjuk;
- 3) setelah selesai, supervisor dan perawat pelaksana melakukan diskusi yang bertujuan untuk menguatkan yang telah sesuai dan memperbaiki yang masih kurang. *Reinforcement* pada aspek yang positif sangat penting dilakukan oleh supervisor.

B. Supervisi secara tidak langsung

Supervisi dilakukan melalui laporan balik tertulis maupun lisan. Supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi dilapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. umpan balik dapat diberikan secara tertulis.

(Nursalam, 2016)

2.3 Supervisi *Fair, Feedback, Follow up*

Langkah Supervisi Keperawatan dimulai dari Pra supervisi, pelaksanaan supervisi sampai dengan pasca supervisi yang terdiri dari *fair feedback follow up* (Nursalam, 2016)

Pra supervisi

1. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi.
2. Supervisor menetapkan tujuan dan kompetensi yang akan dinilai.

Pelaksanaan supervisi

1. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrument yang telah disiapkan.
2. Supervisor mendapatkan beberapa hal yang memerlukan pembinaan.
3. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan.
4. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder.
 - A. Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada.
 - B. Supervisor melakukan Tanya jawab dengan perawat.

Pasca Supervisi

1. Supervisor memberikan penilaian supervisi (*F-fair*).

Supervisor mengklarifikasi masalah yang ada. Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat.
2. Supervisor memberikan *Feedback* dan klarifikasi (sesuai hasil laporan supervisi). Secara umum ada 2 metode pemberian umpan balik yang efektif.

Verbal (lisan), pemberian komentar terhadap hasil pengamatan proses pembelajaran secara langsung melalui tatap muka tidak ada jarak atau peralatan yang digunakan. Metode ini biasanya dilakukan dengan cara saling berbicara/berdialog, wawancara, rapat, pidato, dan diskusi. Selain itu pemberian komentar juga dapat dilakukan secara tidak langsung melalui perantara alat seperti telepon, handphone, dan lain sebagainya karena adanya jarak si pembicara dengan lawan bicara.

Non verbal (tertulis), pemberian komentar terhadap hasil pengamatan proses pembelajaran dengan perantaraan tulisan tanpa adanya pembicaraan secara langsung dengan menggunakan bahasa yang singkat, jelas, dan dapat dimengerti oleh penerima. Metode ini dapat berupa surat-menyurat, sms, e-mail, foto pembelajaran, dan lain sebagainya.

3. Supervisor memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan.

Terdapat dua *reinforcement* yaitu *reinforcement* positif atau reward diberikan pada yang melakukan perilaku positif atau diinginkan mendapatkan penghargaan sehingga dapat meningkatkan kekuatan respon atau merangsang pengulangan perilakunya. Kedua *reinforcement negative* atau hukuman adalah situasi yang terjadi ketika perilaku yang diinginkan terjadi untuk menghindari konsekuensi negative dari hukuman (Roussel et al, 2003).

Ada dua *follow up* perbaikan yaitu *short-term follo-up* adalah intervensi jangka pendek melibatkan pasien setelah melalui sebuah episode dari penyakit akut dan *long-term follow-up* diberikan pada pasien mendapatkan intervensi jangka panjang atau tindak lanjut, rencana individual lebih formal dapat dilakukan bersama dengan orang-orang di sekitarnya untuk memperluas pemantauan dan mengulangi perilaku positif. (Cohen and Toni, 2005).

Unsur – unsur dalam penilaian pelaksanaan supervisi 3 F oleh kepala ruangan meliputi R-A-A yaitu :

1. *Responsibility* (tanggung jawab), adalah pekerjaan yang harus diselesaikan seseorang pada jabatan tertentu.
2. *Accountability* (kemampuan), kompeten dalam memberikan pertanggung jawaban atas pelimpahan yang diberikan kepadanya.

3. *Authority* (Kewenangan) hak atau wewenang untuk memutuskan segala sesuatu yang berhubungan dengan fungsinya. (Nursalam, 2016).

2.4 Faktor Penentu Produktifitas Dalam Organisasi

Menurut komplement (1986) faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan system imbalan berpengaruh ke kinerja individu dan organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi lainnya, yakni pendidikan, berpengaruh ke kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, ketrampilan, atau kemampuan. pengetahuan dibangun oleh pengetahuan dan ketrampilan tenaga kerja.

1. Karakteristik Organisasional (*Organizational Characteristics*)

1) Sistem imbalan (*reward system*)

Pemberian penghargaan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan apa yang diinginkan rumah sakit dalam jangka panjang untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan, praktik dan proses pemberian penghargaan yang mendukung pencapaian tujuan dan memenuhi kebutuhan (Brown, 2001). penghargaan diartikan sebagai suatu stimulus terhadap perbaikan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

2) Penetapan tujuan (*goal setting*, MBO)

Visi adalah pernyataan tentang tujuan organisasi yang diespresikan dalam produk dan pelayanan yang ditawarkan, kebutuhan yang dapat ditanggulangi, kelompok masyarakat yang dilayani, nilai – nilai yang diperoleh serta aspirasi dan cita – cita masa depan. Tenaga keperawatan sebagai perpanjangan tangan dari rumah sakit dalam menerjemahkan visi

dan misi. Untuk itu perlumemahami dan menerapkan visi dan misi organisasi dalam memberikan pelayanan keperwatan.

3) Seleksi

Seleksi tenaga harus didasarkan pada prinsip tepat orang, ditempat yang tepat dan waktu yang tepat (*the right man, on the right place and on the right time*)

4) Pelatihan dan pengembangan (*training and development*)

Pelatihan (*training*) adalah proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisasi dalam pembelajaran kepada tenaga keperawatan. (Nursalam, 2016)

Esensi pelatihan bagi karyawan (perawat), mulai staf hingga manajer adalah mmperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan secara teknis pada bidang kerja tertentu untuk kebutuhan saat ini. Kesempatan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan kerja yang dimiliki karyawan (perawat) dengan cara menambah pengetahuan dan ketrampilanya, untuk meningkatkan kosentrasi pada setiap bidang pekerjaan, pelatihan di titik beratkan pada kompetens dasar pekerjaan dan menambah wawasan untuk bidang yang relvan secara teknis atau non teknis.

Adapun pada level supervisor konsentrasi pelatihan ditekankan pada penguasaan wawasan pada setiap kompetensi dalam upaya kepemimpinan, finansial, pengambilan keputusan, dan motivasi.

Beberapa pelatihan lebih bersifat non teknis seperti berikut :

- Teknik mempengaruhi orang lain terutama paa bawahan dan tim
- Ketrampilan khusus supervisor (*supervisory skills*)

- Strategi pengambilan keputusan, menurut Bandura (1997), kemampuan seseorang untuk mengorganisasi dan melaksanakan tindakan utama menyangkut bukan hanya *skill* yang dimiliki seseorang tetapi keputusan yang diambil seseorang dari *skill* yang dimiliki.
- Kepemimpinan dan pendelegasian
- Strategi manajemen perubahan

(Rozalena, et.al. 2016)

2 Kepemimpinan (*leadership*)

Pengertian kepemimpinan yaitu kegiatan atau seni mempengaruhi orang lain agar mau kerja sama yang didasarkan pada kemampuan orang tersebut untuk membimbing orang lain dalam mencapai tujuan – tujuan yang diinginkan kelompok.

Kepemimpinan adalah memberi makna dan tujuan, menekankan pada hal-hal yang tepat untuk dikerjakan, membantu lingkungan yang kondusif bagi organisasi untuk mencapai tujuan, membuat orang lain melakukan apa saja yang diinginkan, memotiasi orang untuk menyelesaikan pekerjaan dengan sukarela, memungkinkan orang lain bertanggung jawab, memberdayakan orang lain untuk mengerjakan apa yang mereka anggap benar, membantu orang lain merasa aman, lebih percaya diri, mengembangkan, menjaga, dan mengubah budaya, memiliki pangsa pasar yang lebih besar dari pada pesaing, memiliki produk dari layanan yang paling bagus di pasar (Tracy, 2006).

Ciri gaya kepemimpinan :

- Mengutamakan tercapainya tujuan

- Mementingkan produktifitas yang tinggi
- Mengutamakan penyelesaian tugas menurut jadwal
- Lebih banyak melakukan pengarahan
- Melaksanakan tugas dengan melalui prosedur yang ketat

(Sukarso, et.al. 2015)

3 Struktur dan budaya organisasi (*organization structure dan culture*)

Struktur organisasi menggambarkan dengan jelas pemisahan kegiatan pekerjaan antara yang satu dengan yang lain dan bagaimana hubungan aktifitas dan fungsi dibatasi. Dalam struktur organisasi yang baik harus menjelaskan hubungan wewenang siapa melapor kepada siapa.

Struktur organisasi ditentukan dengan memperhatikan beberapa hal yang penting, yakni spesialisasi (beberapa jenis pekerjaannya berbeda pula tugas dan tanggung jawabnya), standarisasi (perlu ada suatu prosedur yang baku atau teratur untuk aktifitas tertentu), koordinasi (perlu ditentukan mekanisme kerjasama di antara tiap bagian), mekanisme pengambilan keputusan (entah dengan pemusatan wewenang pada satu pimpinan atau dengan pembagian wewenang tertentu kepada tiap tiap bagian), serta unit kerja (penentuan jumlah orang untuk menangani suatu jenis pekerjaan).

(Suparjati, 2000)

2. Karakteristik Individu (Perawat)

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan dapat diartikan sebagai *actionable information* atau informasi yang dapat ditindak lanjuti atau informasi yang dapat digunakan sebagai dasar

untuk bertindak, untuk mengambil keputusan, dan untuk menempuh arah atau strategi tertentu.

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tau setelah seseorang melakukan penginderaan suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, indera penciuman, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga dan pengetahuan merupakan domain kognitif dalam melakukan tindakan (Notoatmodjo, 2012).

Kraiger (1993, dalam Notoatmodjo, 2012) membagi *knowledge* menjadi dua bagian yang saling berhubungan, yaitu:

2) *Theoretical Knowledge*

Pengetahuan dasar yang dimiliki karyawan seperti prosedur bekerja, moto dan misi perusahaan serta tugas dan tanggung jawab, informasi-informasi lainnya yang diperlukan dan yang diperoleh baik secara formal (sekolah, universitas) maupun dari non formal (pengalaman-pengalaman).

3) *Practical Knowledge*

Pengetahuan yang diberikan kepada karyawan dengan tujuan untuk memahami bagaimana dan kapan karyawan bersikap dan bertindak dalam menghadapi berbagai masalah dan penerapan prosedur kerja berdasarkan dari pengetahuan secara teori maupun dari pengalaman-pengalaman yang terjadi.

4) Domain Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012) menyatakan pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

(1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, jadi “tahu” adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur apakah orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.

(2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi, harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

(3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi atau yang sebenarnya. Aplikasi ini bisa diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain

(4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjalankan materi obyek ke dalam komponen tetapi masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan

analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dengan menggunakan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokan dan sebagainya.

(5) Sintesis (*Syntheticis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan dan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formula baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori-teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

(6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian terhadap suatu evaluasi didasari suatu kinerja yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

4 Keahlian (*skill*)

Komplemen (2006) mendefinisikan keahlian sebagai kapasitas yang dibutuhkan dalam melaksanakan beberapa tugas. *Hard skills* merupakan penguasaan ilmu pengetahuan, teknologi, dan ketrampilan teknis yang berhubungan dengan bidang ilmunya.

5 Kemampuan (*ability*)

Kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu, ada banyak aspek yang dapat dinilai dari variabel kemampuan, diantaranya kemampuan kognitif, efektif dan psikomotor (Perry and Potter, 2003). perawat perlu terus

mengembangkan diri melalui uji kompetensi, pendidikan formal dan non formal.

6 Motivasi

Motivasi adalah proses yang menjelaskan intensitas, arah, dan ketekunan seseorang individu untuk mencapai tujuannya (Muhith & Nursalam, 2013). Tiga elemen utama dalam motivasi ini adalah intensitas, arah, dan ketekunan. Perawat perlu memupuk motivasi yang tinggi sebagai bentuk pengabdian dan altruism pada kebutuhan pasien untuk kesembuhan.

Prinsip dalam memotivasi kerja pegawai

Menurut Mangkunegara (2000, dalam Nursalam 2016) prinsip-prinsip memotivasi kerja pegawai yaitu :

- 1) Prinsip partisipatif, pegawai perlu diberikan kesempatan untuk berpartisipasi untuk menentukan tujuan yang akan dicapai oleh pemimpin dalam upaya memotivasi.
- 2) Prinsip komunikasi, pemimpin mengkomunikasikan segala sesuatu dengan jelas yang berhubungan dengan usaha pencapaian.
- 3) Prinsip mengakui andil bawahan, pemimpin mengakui bahwa bawahan memiliki andil dalam pencapaian tugas.
- 4) Prinsip pendelegasian wewenang, pemimpin akan memberikan wewenang kepada pegawainya untuk mengambil keputusan terhadap pekerjaan yang dilakukan sewaktu-waktu.
- 5) Prinsip memberi perhatian, pemimpin memberikan perhatian terhadap pegawainya sehingga pegawai akan termotivasi bekerja sesuai yang diharapkan pemimpin.

Menurut Nursalam (2016) teori motivasi terdiri dari :

1) Teori hirarki kebutuhan maslow

Teori ini beranggapan bahwa tindakan manusia pada hakekatnya adalah untuk memenuhi kebutuhan, berdasarkan hal tersebut pimpinan yang ingin memotivasi stafnya harus mengetahui apa kebutuhan mereka.

2) Teori 2 faktor Frederick Herzerg

Teori maslow dibagi menjadi 2 bagian atas dan bawah. Menurut Hezbreg hanya kondisi yang memungkinkan pemenuhan kebutuhan atas yaitu yaitu penghargaan dan aktualisasi diri yang dapat meningkatkan motivasi kerja.

Hurlock (1993) menjabarkan bahwa minat merupakan sumber motivasi yang mendorong seseorang untuk melakukan apa yang ingin dilakukan ketika bebas memilih. Ketika seseorang menilai bahwa sesuatu akan bermanfaat, maka akan menjadi berminat, kemudian hal tersebut akan mendatangkan kepuasan. Ketika kepuasan menurun maka minatnya juga akan menurun. Sehingga minat tidak bersifat permanen, tetapi minat bersifat sementara atau dapat berubah-ubah. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Sandjaja (2001) bahwa suatu aktivitas akan dilakukan atau tidak sangat tergantung sekali oleh minat seseorang terhadap aktivitas tersebut, disini Nampak bahwa minat merupakan motivator yang kuat untuk melakukan suatu aktivitas. Sandjaja (2001) mengartikan

minat adalah perhatian yang kuat, komitmen dan menguasai individu secara mendalam untuk tekun melakukan suatu aktivitas.

3) Teori Mc Celland"s

Teori ini menjelaskan bahwa dalam diri individu terdapat 3 kebutuhan pokok yang mendorong perilakunya seperti kebutuhan dalam mencapai kesuksesan (Need For Achievement), kebutuhan untuk mengadakan hubungan dalam bekerja sama dengan orang lain (Need For Affiliation) dan kebutuhan kekuasaan (Need For Power).

4) Teori X dan Y

Teori ini terdapat 2 pandangan tentang manusia yaitu dasar negatif yang ditandai dengan teori X dan dasar positif yang ditandai dengan dengan teori Y.

7 Budi pekerti (*attitudes*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Struktur sikap terditi atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu kognitif, afektif dan konatif.

8 Nilai dan norma (*value & Norm*)

Nilai sebagai suatu sistem merupakan salah satu wujud kebudayaan disamping sistem sosial dan karya. Nilai berperan sebagai pedoman menentukan kehidupan setiap manusia. Norma adalah perwujudan

martabat manusia sebagai makhluk budaya, moral, religi, dan sosial.

Perawat perlu memperhatikan aspek nilai dan norma dalam melayani pasien.

3. Karakteristik Pekerjaan

1) Kinerja objektif (*objective performance*)

Tujuan dari manajemen kinerja adalah (Armstrong & Baron, 2005; Wibisono, 2006); mengatur kinerja, mengetahui seberapa efektif dan efisien suatu kinerja organisasi, membantu pembentukan keputusan organisasi, dan mendorong karyawan agar bekerja sesuai prosedur, dengan semangat dan produktifitas sehingga hasil kerja optimal.

Gomes (2003) menjelaskan beberapa dimensi atau kriteria yang perlu mendapat perhatian dalam mengukur kinerja, antara lain: *quantity of work*, yaitu jumlah kerja yang dilakukan dalam suatu periode waktu yang ditentukan, *quality of work*, yaitu kualitas kerja yang dicapai berdasarkan syarat-syarat kesesuaian dan kesiapannya, *Job knowledge*, yaitu luasnya pengetahuan mengenai pekerjaan dan keterampilannya, *Creativeness*, yaitu keaslian gagasan-gagasan yang dimunculkan dan tindakan-tindakan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan yang timbul, *Cooperation*, yaitu kesediaan untuk bekerja sama dengan orang lain sesama anggota organisasi, *Dependability*, yaitu kesadaran dan dapat dipercaya dalam hal kehadiran dan menyelesaikan pekerjaan, *Initiative*, yaitu semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru dan dalam memperbesar tanggung jawabnya, *Personal qualities*, yaitu menyangkut kepribadian, kepemimpinan, keramah-tamahan dan integritas pribadi.

2) Umpan balik (*feed back*)

Umpan balik adalah hal yang penting dalam perbaikan kinerja perawat.

beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan umpan balik yang berkualitas bagi karyawan (perawat) antara lain : terlebih dahulu meminta karyawan (perawat) untuk menilai dirinya sendiri, memberi pujian sebelum mengkritik, batasi apa yang ingin dibahas, berkonsentrasi pada apa yang bisa di-ubah/diperbaiki, dan beri karyawan (perawat) waktu untuk berpikir dan menanggapi. (Irawan Prasetya, 2001)

oleh karena itu *feedback* supervisor ini penting dalam memotivasi karyawan untuk meningkatkan kinerjanya. Apabila supervisor memberikan umpan balik terhadap keberhasilan karyawan (perawat) maka akan mendorong mereka untuk lebih meningkatkan orientasi belajar dan orientasi kinerja lebih baik lagi. Demikian juga apabila kinerja dari karyawan (perawat) tidak mencapai seperti yang diharapkan maka dapat memberikan dorongan agar kegagalan tersebut tidak terulang kembali. (Ngatno, 2006). Koreksi

Koreksi atau membetulkan (memperbaiki) kesalahan merupakan salah satu tugas pemimpin (Nursalam, 2017).

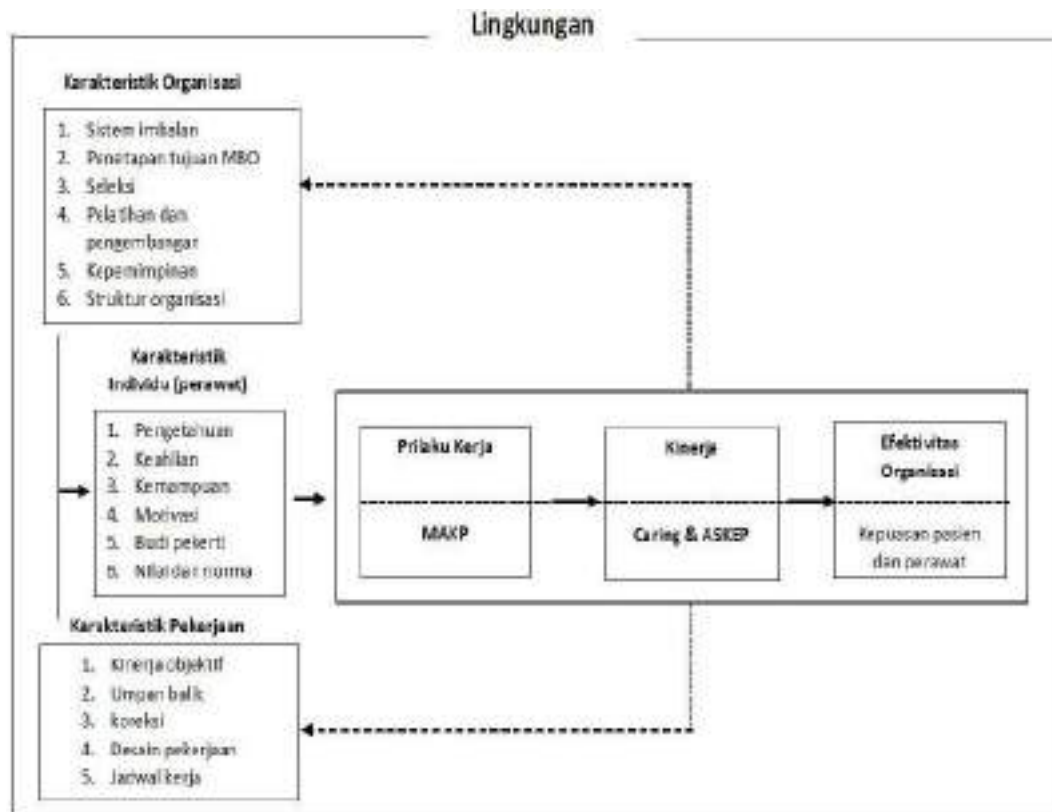
3) Desain Pekerja (*job design*)

Desain pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya untuk mengatur penugasan kerja supaya dapat memenuhi kebutuhan organisasi.

4) Jadwal Kerja (*work schedule*)

Dalam proses berjalan suatu organisasi dapat eksis dibidangnya, perlu pengaturan waktu yang efektif sehingga memperoleh hasil sesuai tujuan

yang di harapkan. Swansburg (2000) menyatakan bahwa perencanaan merupakan kegiatan yang paling utama dalam fungsi manajemen melalui pemikiran atau ide – ide yang di tuangkan dalam sebuah tulisan untuk mencapai tujuan.



Gambar 2.2 Faktor penentu produktivitas dalam organisasi (Kompleman, 1986)

2.5 Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi

2.5.1 Konsep Dasar Penyakit Infeksi

Berdasarkan sumber infeksi, maka infeksi dapat berasal dari masyarakat/komunitas (*Community Acquired Infection*) atau dari rumah sakit (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*). Penyakit infeksi yang didapat di rumah

sakit beberapa waktu yang lalu disebut sebagai HAIs (*Hospital Acquired Infection*).

Saat ini penyebutan diubah menjadi Infeksi Terkait Layanan Kesehatan atau “HAIs” (*Healthcare-Associated Infections*) dengan pengertian yang lebih luas, yaitu kejadian infeksi tidak hanya berasal dari rumah sakit, tetapi juga dapat dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Tidak terbatas infeksi kepada pasien namun dapat juga kepada petugas kesehatan dan pengunjung yang tertular pada saat berada di dalam lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk memastikan adanya infeksi terkait layanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*) serta menyusun strategi pencegahan dan pengendalian infeksi dibutuhkan pengertian infeksi, infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*), rantai penularan infeksi, jenis HAIs dan faktor risikonya.

1. Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik.

Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. Dalam melakukan tindakan pencegahan dan

pengendalian infeksi dengan efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi. Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi, yaitu:

A. Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab infeksi.

Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan parasit.

Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu: patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis, atau "*load*"). Makin cepat diketahui agen infeksi dengan pemeriksaan klinis atau laboratorium mikrobiologi, semakin cepat pula upaya pencegahan dan penanggulangannya bisa dilaksanakan.

B. *Reservoir* atau wadah tempat/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada pejamu atau manusia. Berdasarkan penelitian, *reservoir* terbanyak adalah pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan-bahan organik lainnya. Dapat juga ditemui pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir mulut, saluran napas atas, usus dan vagina juga merupakan *reservoir*.

3. *Portal of exit* (pintu keluar) adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.

4. Metode Transmisi/Cara Penularan adalah metode transport mikroorganisme dari wadah/*reservoir* ke pejamu yang rentan. Ada beberapa metode penularan

yaitu: (1) kontak: langsung dan tidak langsung, (2) *droplet*, (3) *airborne*, (4) melalui vehikulum (makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat).

5. *Portal of entry* (pintu masuk) adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.
6. *Susceptible host* (Pejamu rentan) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan imunosupresan. Faktor lain yang berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, pola hidup, pekerjaan dan hereditas.



Gambar 2.3 Skema rantai penularan penyakit infeksi

3. Jenis dan Faktor Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan atau “*Healthcare-Associated Infections*” (HAIs) meliputi;
 - A. Jenis HAIs yang paling sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit mencakup:
 - 1) *Ventilator associated pneumonia* (VAP)

- 2) Infeksi Aliran Darah (IAD)
- 3) Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- 4) Infeksi Daerah Operasi (IDO)

B. Faktor Risiko HAIs meliputi:

- 1) Umur: neonatus dan orang lanjut usia lebih rentan.
- 2) Status imun yang rendah/terganggu (*immuno-compromised*): penderita dengan penyakit kronik, penderita tumor ganas, pengguna obat-obat immunosupresan.
- 3) Gangguan/Interupsi barrier anatomis:
 - Kateter urin: meningkatkan kejadian infeksi saluran kemih (ISK).
 - Prosedur operasi: dapat menyebabkan infeksi daerah operasi (IDO) atau “*surgical site infection*” (SSI).
 - Intubasi dan pemakaian ventilator: meningkatkan kejadian “*Ventilator Associated Pneumonia*” (VAP).
 - Kanula vena dan arteri: Phlebitis , IAD
 - Luka bakar dan trauma.
- 4) Implantasi benda asing :
 - Pemakaian mesh pada operasi hernia.
 - Pemakaian implant pada operasi tulang, kontrasepsi, alat pacu jantung.
 - “*cerebrospinal fluid shunts*”.
 - “*valvular / vascular prostheses*”.

Perubahan mikroflora normal: pemakaian antibiotika yang tidak bijak dapat menyebabkan pertumbuhan jamur berlebihan dan timbulnya bakteri resisten terhadap berbagai antimikroba.

2.5.2 Kewaspadaan Standar Dan Berdasarkan Transmisi

Ketika HIV/AIDS muncul pada tahun 1985, dibutuhkanlah suatu pedoman untuk melindungi petugas pelayanan kesehatan dari terinfeksi. Oleh karena penularannya termasuk Hepatitis C virus adalah melalui darah, maka disusunlah pedoman yang disebut Kewaspadaan Universal (*Universal Precaution*). Sejak diberlakukan dan diterapkan di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, strategi baru ini telah dapat melindungi petugas pelayanan kesehatan (penularan dari pasien ke petugas) serta mencegah penularan dari pasien ke pasien dan dari petugas ke pasien.

Individu yang terinfeksi HIV atau HCV tidak menunjukkan gejala penyakit atau terlihat sebagai layaknya seseorang yang terinfeksi, maka Kewaspadaan Universal di modifikasi agar dapat menjangkau seluruh orang (pasien, klien, pengunjung) yang datang ke fasilitas layanan kesehatan baik yang terinfeksi maupun yang tidak terinfeksi.

Pada tahun 1987 diperkenalkan sistem pendekatan pencegahan infeksi kepada pasien dan petugas kesehatan, yaitu *Body Substance Isolation* (BSI) sebagai alternatif dari Kewaspadaan Universal. Pendekatan ini difokuskan untuk melindungi pasien dan petugas kesehatan dari semua cairan lendir dan zat tubuh (sekret dan ekskret) yang berpotensi terinfeksi, tidak hanya darah. *Body Substance Isolation* (BSI) ini juga meliputi: imunisasi perlindungan bagi pasien dan staf fasilitas layanan kesehatan yang rentan terhadap penyakit yang ditularkan melalui

udara atau butiran lendir (campak, gondong, cacar air dan rubela), termasuk imunisasi hepatitis B dan toksoid tetanus untuk petugas, mengkaji ulang instruksi bagi siapapun yang akan masuk ke ruang perawatan pasien terutama pasien dengan infeksi yang ditularkan lewat udara (Lynch dkk, 1990).

Sistem *Body Substance Isolation* (BSI) lebih cepat diterima daripada sistem Kewaspadaan Universal karena lebih sederhana, lebih mudah dipelajari dan diterapkan dan dapat diberlakukan untuk semua pasien, tidak hanya pada pasien yang didiagnosis atau dengan gejala yang mungkin terinfeksi tetapi tetap berisiko bagi pasien dan staf lainnya. Kelemahan sistem ini antara lain: membutuhkan biaya tambahan untuk perlengkapan pelindung terutama sarung tangan, kesulitan dalam perawatan rutin harian bagi semua pasien, ketidak pastian mengenai pencegahan terhadap pasien dalam ruang isolasi serta penggunaan sarung tangan yang berlebihan untuk melindungi petugas dengan biaya dibebankan kepada pasien. Keberadaan kedua sistem ini pada awal 1990 mengakibatkan fasilitas pelayanan dan petugas kesehatan tidak dapat memilih pedoman pencegahan mana yang harus digunakan. Sehingga pada beberapa rumah sakit telah diterapkan Kewaspadaan Universal, sedangkan yang lainnya menerapkan isolasi zat tubuh. Kebingungan yang terjadi semakin besar dimana rumah sakit dan staf merasa telah menerapkan kewaspadaan universal, padahal sebenarnya mereka menerapkan isolasi zat tubuh dan sebaliknya, termasuk banyaknya variasi lokal dalam menginterpretasikan dan menggunakan kewaspadaan universal dan isolasi zat tubuh serta variasi kombinasi penggunaan kedua sistem tersebut. Ditambah lagi dengan adanya kebutuhan untuk menggunakan kewaspadaan tambahan bagi pencegahan penyakit yang ditularkan lewat udara (*airborne*), droplet dan kontak

badan, yang merupakan keterbatasan utama Isolasi Zat Tubuh (Rudnick dkk 1993).

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi. Bagi pasien yang memerlukan isolasi, maka akan diterapkan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.

2.5.3 Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis. Tenaga kesehatan seperti petugas laboratorium, rumah tangga, CSSD, pembuang sampah dan lainnya juga berisiko besar terinfeksi. Oleh sebab itu penting sekali pemahaman dan kepatuhan petugas tersebut untuk juga menerapkan Kewaspadaan Standar agar tidak terinfeksi.

Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 (sebelas) komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien,

hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman.

Kesebelas kewaspadaan standar tersebut yang harus di terapkandi semua fasilitas pelayanan kesehatan, sebagai berikut:

1. Kebersihan tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

- 1) Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
- 2) Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

Indikasi Kebersihan tangan :

- Sebelum kontak pasien;
- Sebelum tindakan aseptik
- Setelah kontak darah dan cairan tubuh;
- Setelah kontak pasien;
- Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Kriteria- memilih antiseptik:

Memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas

(gram positif dan *gram negative*, *virus*

- *lipofilik, bacillus* dan *tuberkulosis, fungi* serta *endospore*)
- Efektifitas
- Kecepatan efektifitas awal
- Efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan
- Tidak menyebabkan iritasi kulit
- Tidak menyebabkan alergi

Hasil yang ingin dicapai dalam kebersihan tangan adalah:

mencegah agar tidak terjadi infeksi, kolonisasi pada pasien dan mencegah kontaminasi dari pasien ke lingkungan termasuk lingkungan kerja petugas.



Gambar 2.4 Cara Kebersihan tangan dengan Sabun dan Air *Diadaptasi dari: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.*



Gambar 2.5 Cara Kebersihan Tangan dengan Antiseptik Berbasis Alkohol
Diadaptasi dari WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009.

2. Alat Pelindung Diri (APD)

a) Umum

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD sebagai berikut:

- 1) Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.

- 2) APD terdiri dari sarung tangan, masker/*Respirator Partikulat*, pelindung mata (*goggle*), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (*Sepatu Boot*).
- 3) Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.
- 4) Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
- 5) Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan.
- 6) Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.



Gambar 2.6 Alat Pelindung Diri (APD)

b) Jenis-Jenis APD

1) Sarung tangan

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

- Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
- Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Umumnya sarung tangan bedah terbuat dari bahan lateks karena elastis, sensitif dan tahan lama serta dapat disesuaikan dengan ukuran tangan. Bagi mereka yang alergi terhadap lateks, tersedia dari bahan sintetik yang menyerupai lateks, disebut „nitril“. Terdapat sediaan dari bahan sintesis yang lebih murah dari lateks yaitu „vinil“ tetapi sayangnya tidak elastis, ketat dipakai dan mudah robek. Sedangkan sarung tangan rumah tangga terbuat dari karet tebal, tidak fleksibel dan sensitif, tetapi memberikan perlindungan maksimum sebagai pelindung pembatas.

Tabel 2.1 Kegiatan atau tindakan yang memerlukan sarung tangan

Kegiatan/Tindakan	Perlu Sarung Tangan	Jenis Sarung Tangan yang di anjuran
Pengukuran Tekanan Darah	Tidak	
Pengukuran suhu	Tidak	
Menyuntik	Tidak	
Penanganan dan pembersihan alat	Ya	Rumah Tangga
Penanganan Limbah terkontaminasi	Ya	Rumah Tangga
Membersihkan darah/cairan tubuh	Ya	Rumah Tangga
Pngambilan darah	Ya	Bersih
Pemasangan dan pencabutan infus	Ya	Bersih
Pemeriksaan dalam mukosa (vagina, rektum, anus)	Ya	Bedah
Pemasangan dan pcabutan implan, katete urin, AKDR, dan lainnya (terbungkus dan paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh)	Ya	Bedah
Laparoskopi, persalinan pervaginam	Ya	Bedah
Pembedahan laparotomi, sectio secarea, atau tulang	Ya	Bedah

2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang di gunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan *Fit Test* (penekanan di bagian hidung).

Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

- Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet.
- Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui *airborne*.
- Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.



Gambar 2.7 Memakai Masker

Cara memakai masker:

- Memegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).
- Eratkan tali kedua pada bagian tengah kepala atau leher.
- Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.
- Membetulkan agar masker melekat erat pada wajah dan di bawah dagu dengan baik.
- Periksa ulang untuk memastikan bahwa masker telah melekat dengan benar.



Gambar 2.8 Masker respirator/partikulat

Pemakaian Respirator Partikulat

Respirator partikulat untuk pelayanan kesehatan N95 atau FFP2 (*health care particular respirator*), merupakan masker khusus dengan efisiensi tinggi untuk melindungi seseorang dari partikel berukuran <5 mikron yang dibawa melalui udara. Pelindung ini terdiri dari beberapa lapisan penyaring dan harus dipakai menempel erat pada wajah tanpa ada kebocoran. Masker ini membuat pernapasan pemakai menjadi lebih berat. Sebelum memakai masker ini, petugas kesehatan perlu melakukan *fit test*. Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan *fit test* :

- Ukuran respirator perlu disesuaikan dengan ukuran wajah.
- Memeriksa sisi masker yang menempel pada wajah untuk melihat adanya cacat atau lapisan yang tidak utuh. Jika cacat atau terdapat lapisan yang tidak utuh, maka tidak dapat digunakan dan perlu diganti.
- Memastikan tali masker tersambung dan menempel dengan baik di semua titik sambungan.

- Memastikan klip hidung yang terbuat dari logam dapat disesuaikan bentuk hidung petugas.

Fungsi alat ini akan menjadi kurang efektif dan kurang aman bila tidak menempel erat pada wajah. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan keadaan demikian, yaitu:

- Adanya janggut dan jambang
- Adanya gagang kacamata
- Ketiadaan satu atau dua gigi pada kedua sisi yang dapat mempengaruhi perlekatan bagian wajah masker.

Pemeriksaan Segel Positif

Hembuskan napas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran. Bila terjadi kebocoran atur posisi dan/atau ketegangan tali. Uji kembali kerapatan respirator. Ulangi langkah tersebut sampai respirator benar-benar tertutup rapat.

Pemeriksaan Segel Negatif

- Tarik napas dalam-dalam. Bila tidak ada kebocoran, tekanan negatif di dalam respirator akan membuat respirator menempel ke wajah. Kebocoran akan menyebabkan hilangnya tekanan negatif di dalam respirator akibat udara masuk melalui celah-celah segelnya.
- Lamanya penggunaan maksimal 1 (satu) minggu dengan pemeliharaan yang benar.
- Cara pemeliharaan dan penyimpanan yang benar (setelah dipakai diletakkan di tempat yang kering dan dimasukkan dalam kantong berlubang berbahan kertas).

3) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis gaun pelindung:

- Gaun pelindung tidak kedap air
- Gaun pelindung kedap air
- Gaun steril
- Gaun non steril

Indikasi penggunaan gaun pelindung :

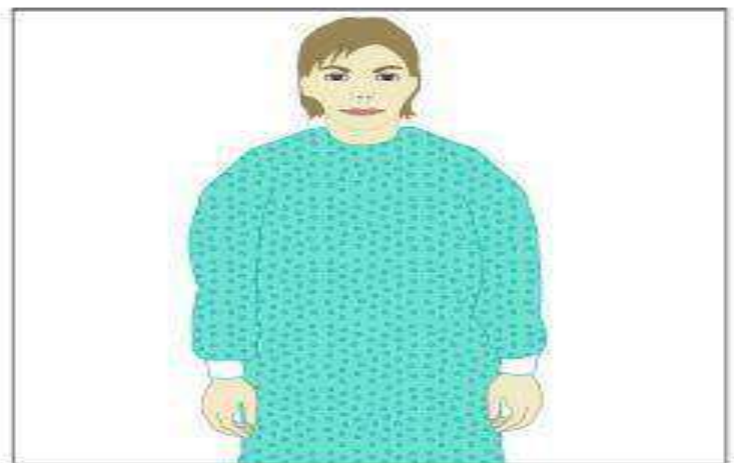
Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

- Membersihkan luka
- Tindakan drainase
- Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet
- Menangani pasien perdarahan masif
- Tindakan bedah
- Perawatan gigi

Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).

Cara memakai gaun pelindung:

Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.



Gambar 2.9 Gaun pelindung

4) *Goggle* dan perisai wajah

Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata.

Tujuan pemakaian *Goggle* dan perisai wajah:

Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi.

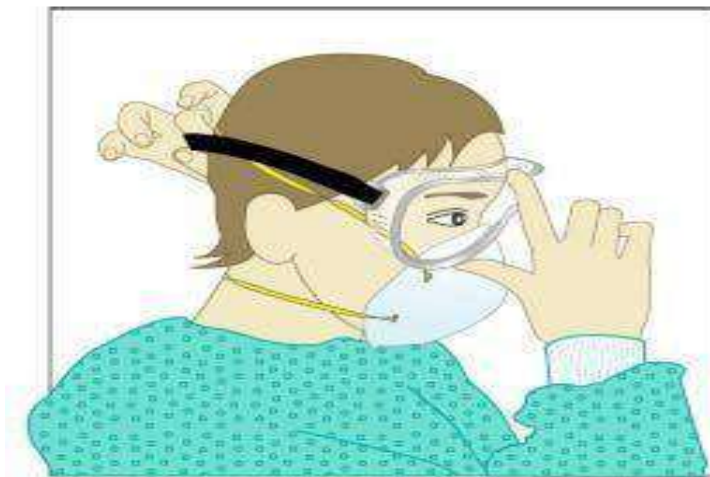
Indikasi:

Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan

jenazah, penanganan linen terkontaminasi laundry, di ruang dekontaminasi CSSD.



Gambar 2.10. Penutup Wajah



Gambar 2.11 Memakai *Goggle*

5) Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah

dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal.

Jenis sepatu pelindung seperti sepatu *boot* atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki.

Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- Penanganan pemulasaraan jenazah
- Penanganan limbah
- Tindakan operasi
- Pertolongan dan Tindakan persalinan
- Penanganan linen
- Pencucian peralatan di ruang gizi
- Ruang dekontaminasi *CSSD*



Gambar 2.12 Sepatu pelindung

6) Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk

melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

Indikasi pemakaian topi pelindung:

- Tindakan operasi
- Pertolongan dan tindakan persalinan
- Tindakan insersi CVL
- Intubasi Trachea
- Penghisapan lendir massive
- Pembersihan peralatan kesehatan



Gambar 2.13 Topi Pelindung

c) Pelepasan APD

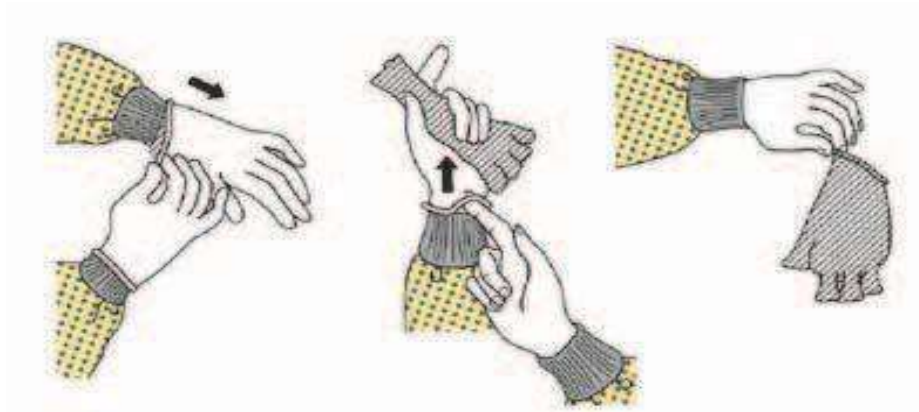
Langkah-langkah melepaskan APD adalah sebagai berikut:

- Lepaskan sepasang sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan
- Lepaskan apron
- Lepaskan perisai wajah (*goggle*)
- Lepaskan gaun bagian luar
- Lepaskan penutup kepala
- Lepaskan masker
- Lepaskan pelindung kaki

1) Lakukan kebersihan tangan

Melepas sarung tangan

- Ingatlah bahwa bagian luar sarung tangan telah terkontaminasi.
- Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan.
- Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.
- Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan.
- Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama.
- Buang sarung tangan di tempat limbah infeksius.



Gambar 2.14 Melepaskan Sarung Tangan

2) Melepas *Goggle* atau Perisai Wajah

- Ingatlah bahwa bagian luar *goggle* atau perisai wajah telah terkontaminasi.
- Untuk melepasnya, pegang karet atau gagang *goggle*.
- Letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau dalam tempat limbah infeksius.



Gambar 2.15. Melepaskan *Goggle* atau Perisai Wajah

3) Melepas Gaun Pelindung

- Ingatlah bahwa bagian depan gaun dan lengan gaun pelindung telah terkontaminasi
- Lepas tali pengikat gaun.
- Tarik dari leher dan bahu dengan memegang bagian dalam gaun pelindung saja.
- Balik gaun pelindung.
- Lipat atau gulung menjadi gulungan dan letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau buang di tempat limbah infeksius.



Gambar 2.16 Melepas Gaun Pelindung

4) Melepas Masker

- Ingatlah bahwa bagian depan masker telah terkontaminasi - JANGAN SENTUH.
- Lepaskan tali bagian bawah dan kemudian tali/karet bagian atas.
- Buang ke tempat limbah infeksius.



Gambar 2.17 Melepas Masker

Penggunaan APD pada pasien harus ditetapkan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasien infeksius sesuai dengan indikasi dan ketentuan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI), sedangkan penggunaan APD untuk pengunjung juga ditetapkan melalui SPO di fasilitas pelayanan

kesehatan terhadap kunjungan ke lingkungan infeksius. Pengunjung disarankan untuk tidak berlama-lama berada di lingkungan infeksius.

3. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien

Pada tahun 1968 Spaulding mengusulkan tiga kategori risiko berpotensi infeksi untuk menjadi dasar pemilihan praktik atau proses pencegahan yang akan digunakan (seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan dan perkakas lainnya) sewaktu merawat pasien. Kategori Spaulding adalah sebagai berikut:

a) Kritis

Bahan dan praktik ini berkaitan dengan jaringan steril atau sistem darah sehingga merupakan risiko infeksi tingkat tertinggi. Kegagalan manajemen sterilisasi dapat mengakibatkan infeksi yang serius dan fatal.

b) Semikritikal

Bahan dan praktik ini merupakan terpenting kedua setelah kritikal yang berkaitan dengan mukosa dan area kecil di kulit yang lecet. Pengelola perlu mengetahui dan memiliki keterampilan dalam penanganan peralatan invasif, pemrosesan alat, Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), pemakaian sarung tangan bagi petugas yang menyentuh mukosa atau kulit tidak utuh.

c) Non-kritikal

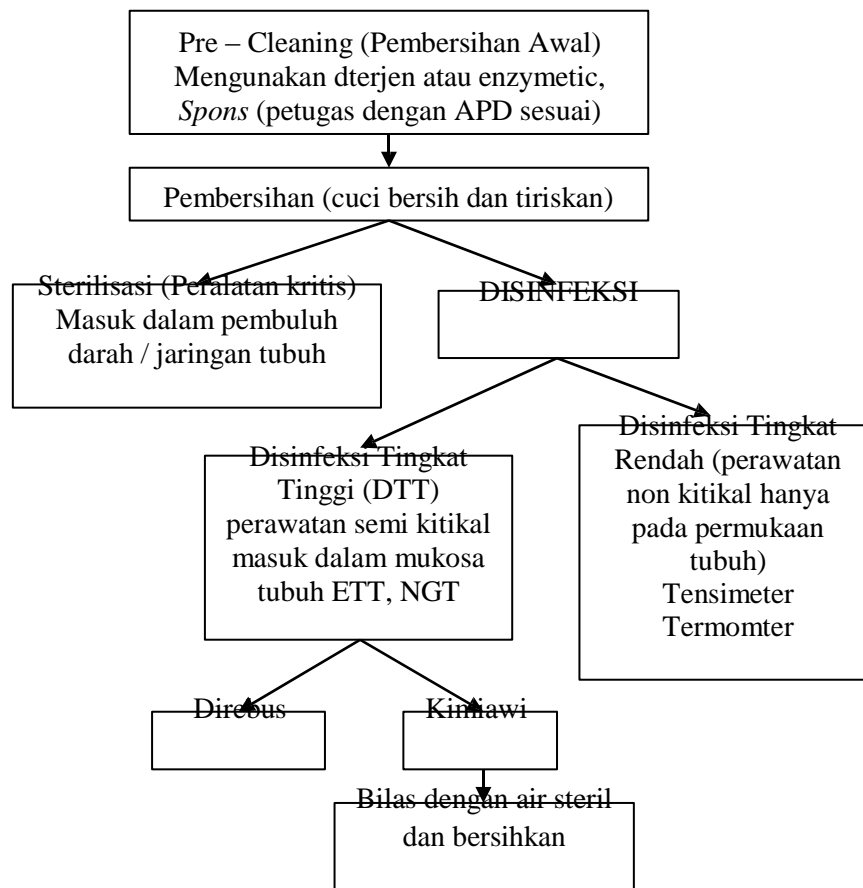
Pengelolaan peralatan/ bahan dan praktik yang berhubungan dengan kulit utuh yang merupakan risiko terendah. Walaupun demikian, pengelolaan yang buruk pada bahan dan peralatan non-kritikal akan dapat menghabiskan sumber daya dengan manfaat yang terbatas (contohnya sarung tangan steril digunakan untuk setiap kali memegang tempat sampah atau memindahkan sampah).

Dalam dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh (*pre-cleaning*, *cleaning*, disinfeksi, dan sterilisasi) sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) sebagai berikut:

- a) Rendam peralatan bekas pakai dalam air dan detergen atau *enzyme* lalu dibersihkan dengan menggunakan spons sebelum dilakukan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi.

- b) Peralatan yang telah dipakai untuk pasien infeksius harus didekontaminasi terlebih dulu sebelum digunakan untuk pasien lainnya.
- c) Pastikan peralatan sekali pakai dibuang dan dimusnahkan sesuai prinsip pembuangan sampah dan limbah yang benar. Hal ini juga berlaku untuk alat yang dipakai berulang, jika akan dibuang.
- d) Untuk alat bekas pakai yang akan di pakai ulang, setelah dibersihkan dengan menggunakan spons, di DTT dengan klorin 0,5% selama 10 menit.
- e) Peralatan nonkritikal yang terkontaminasi, dapat didisinfeksi menggunakan alkohol 70%. Peralatan semikritikal didisinfeksi atau disterilisasi, sedangkan peralatan kritikal harus didisinfeksi dan disterilisasi.
- f) Untuk peralatan yang besar seperti USG dan X-Ray, dapat didekontaminasi permukaannya setelah digunakan di ruangan isolasi.

ALUR DEKONTAMINASI PERALATAN PERAWATAN PASIEN



Gambar 2.18. Alur Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

Keterangan Alur:

- 1) Pembersihan Awal (*pre-cleaning*): Proses yang membuat benda mati lebih aman untuk ditangani oleh petugas sebelum di bersihkan(umpamanya menginaktivasi HBV, HBC, dan HIV) dan mengurangi, tapi tidak menghilangkan, jumlah mikroorganisme yang mengkontaminasi.
- 2) Pembersihan: Proses yang secara fisik membuang semua kotoran, darah, atau cairan tubuh lainnya dari permukaan benda mati ataupun membuang sejumlah mikroorganisme untuk mengurangi risiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau menangani objek tersebut. Proses ini adalah terdiri dari mencuci sepenuhnya dengan sabun atau detergen dan air atau menggunakan enzim, membilas dengan air bersih, dan mengeringkan. Jangan menggunakan pembersih yang bersifat mengikis, misalnya Vim atau Comet atau serat baja atau baja berlubang, karena produk produk ini bisa menyebabkan goresan. Goresan ini kemudian menjadi sarang mikroorganisme yang membuat proses pembersihan menjadi lebih sulit serta meningkatkan pembentukan karat.
- 3) Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT): Proses menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa endospora bakterial dari objek,dengan merebus, menguapkan atau memakai disinfektan kimiawi.
- 4) Sterilisasi: Proses menghilangkan semua mikroorganisme (bakteria, virus, fungi dan parasit) termasuk endospora menggunakan uap tekanan tinggi (otoklaf), panas kering (oven), sterilisasi kimiawi, atau radiasi.

A. Sterilisator Uap Tekanan Tinggi (*autoklaf*):

Sterilisasi uap tekanan tinggi adalah metode sterilisasi yang efektif, tetapi juga paling sulit untuk dilakukan secara benar. Pada umumnya sterilisasi ini adalah metode pilihan untuk mensterilisasi instrumen dan alat-alat lain yang digunakan pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Bila aliran listrik bermasalah, maka instrumen-instrumen tersebut dapat disterilisasi dengan sebuah sterilisator uap non-elektrik dengan menggunakan minyak tanah atau bahan bakar lainnya sebagai sumber panas. Atur agar suhu harus berada pada 121°C; tekanan harus berada pada 106 kPa; selama 20 menit untuk alat tidak terbungkus dan 30 menit untuk alat terbungkus. Biarkan semua peralatan kering sebelum diambil dari sterilisator. Set tekanan kPa atau lbs/in² mungkin berbeda tergantung pada jenis sterilisator yang digunakan. Ikuti rekomendasi pabrik, jika mungkin.

B. Sterilisator Panas Kering (Oven):

Baik untuk iklim yang lembab tetapi membutuhkan aliran listrik yang terus menerus, menyebabkan alat ini kurang praktis pada area terpencil atau pedesaan. Selain itu sterilisasi panas kering yang membutuhkan suhu lebih tinggi hanya dapat digunakan untuk benda-benda dari gelas atau logam—karena akan melelehkan bahan lainnya. Letakkan instrumen di oven, panaskan hingga 170°C, selama 1 (satu) jam dan kemudian didinginkan selama 2-2,5 jam atau 160°C selama 2 (dua) jam. Perlu diingat bahwa waktu paparan dimulai setelah suhu dalam sterilisator telah mencapai suhu sasaran. Tidak boleh memberi kelebihan beban pada sterilisator karena akan mengubah konveksi panas. Sisakan ruang kurang

lebih 7,5 cm antara bahan yang akan disterilisasi dengan dinding sterilisator. (Permenkes, 2017)

2.6 Phlebitis

Phlebitis merupakan inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi intravena. Phlebitis merupakan suatu peradangan pada pembuluh darah (vena) yang dapat terjadi karena adanya injury misalnya oleh faktor (trauma) mekanik dan faktor kimiawi, yang mengakibatkan terjadinya kerusakan pada endotelium dinding pembuluh darah khususnya vena.

Phlebitis dikarakteristikkan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan, bengkak, indurasi dan serta mengeras di bagian vena yang terpasang kateter intravena (Smeltzer & Bare, 2001). Phlebitis juga dikarakteristikkan dengan adanya rasa lunak pada area insersi atau sepanjang vena. Insiden phlebitis meningkat sesuai dengan lamanya pemasangan jalur intravena, komposisi cairan atau obat yang diinfuskan (terutama PH dan tonisitasnya, ukuran dan tempat kanula dimasukkan, pemasangan jalur IV yang tidak sesuai, dan masuknya mikroorganisme saat penusukan) (Smeltzer & Bare, 2001).

Phlebitis dapat menyebabkan trombus yang selanjutnya menjadi trombophlebitis, perjalanan penyakit ini biasanya jinak, tapi walaupun demikian jika trombus terlepas dan kemudian diangkut ke aliran darah dan masuk jantung maka dapat menimbulkan seperti katup bola yang menyumbat atrioventikular secara mendadak dan menimbulkan kematian. Hal ini menjadikan phlebitis sebagai

salah satu permasalahan yang penting untuk dibahas di samping phlebitis juga sering ditemukan dalam proses keperawatan (Hidayat, 2006).

Phlebitis adalah iritasi vena oleh alat IV, obat-obatan, atau infeksi yang ditandai dengan kemerahan, bengkak, nyeri tekan pada sisi IV (Weinstein, 2001). Phlebitis merupakan inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi IV (La Rocca, 1998). Phlebitis adalah suatu inflamasi pada pembuluh darah. Hal ini didefinisikan sebagai adanya dua atau lebih tanda dan gejala seperti nyeri, kemerahan, bengkak, panas dan vena terlihat lebih jelas (Karadag & Gorgulu, 2000).

Tanda dan gejala yang timbul adalah kemerahan, bengkak, nyeri tekan, atau nyeri pada sisi IV. Responden juga dapat mengalami jalur kemerahan pada lengannya (Weinsten, 2001). Phlebitis berat ditandai dengan adanya peradangan dinding vena dan biasanya disertai pembentukan bekuan darah, hal ini disebut Trombophlebitis (Smeltzer dan Bare, 2002).

Phlebitis dapat menyebabkan trombus yang selanjutnya menjadi trombophlebitis. Perjalanan phlebitis biasanya jinak, tapi walaupun demikian jika trombus terlepas dan kemudian diangkut ke aliran darah dan masuk jantung maka dapat menimbulkan seperti katup bola yang menyumbat atrioventikular secara mendadak dan menimbulkan kematian. Hal ini menjadikan phlebitis sebagai salah satu permasalahan yang penting untuk dibahas di samping phlebitis juga sering ditemukan dalam proses keperawatan (Hidayat, 2006). Menurut Idvall dan Gunningberg (2006) dari bukti ilmiah beberapa penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa penggantian kateter intra vena perifer elektif untuk mengurangi insiden dan keparahan dari trombophlebitis.

Berdasarkan derajat keparahan, Phlebitis dapat diklasifikasikan menjadi 4 derajat. Phlebitis derajat 1 ditandai dengan eritema dengan atau tanpa rasa sakit. Phlebitis derajat 2 ditandai dengan sakit, eritema, edema dengan atau ada garis lurus tetapi tidak mengikuti garis pembuluh darah. Phlebitis derajat 3 ditandai dengan sakit, eritema, edema dengan atau ada garis lurus mengikuti garis pembuluh darah. Phlebitis derajat 4 ditandai dengan ditemukannya semua tanda-tanda phlebitis (Alexander Mary, 2006).

Faktor-faktor terjadinya phlebitis dibedakan menjadi dua yaitu faktor interna dan faktor eksterna. Faktor-faktor interna yang berpengaruh adalah usia, keadaan vena, stress, status nutrisi dan faktor penyakit. Faktor-faktor eksterna yang berpengaruh antara lain adalah perawatan infus, pemilihan vena, viskositas cairan, lama pemasangan infus dan tindakan pemasangan infus (Darmawan, 2008).

Menurut Brooker (2003) lamanya penggunaan jarum intravena harus diganti paling sedikit setiap 24 jam, ganti lokasi vena yang ditusuk jarum intravena setiap 48 jam. Penelitian yang dilakukan oleh Masiyati (2000) dengan judul “waktu yang efektif untuk pemasangan infus agar tidak phlebitis ”, didapatkan angka kejadian phlebitis paling besar dalam waktu pemasangan infus 96-120 jam sebesar 60%. Secara teknis, lamanya penggunaan jarum kateter intravena (IV) tetap steril selama 48 sampai dengan 72 jam, disamping itu juga teknik ini lebih menghemat biaya dan tidak meningkatkan resiko infeksi (Metheny, 1996) dalam Brooker (2003). Berikut ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan terapi intravena:

1. Brooker dan Gould (1996) mengatakan rotasi rutin tempat kanula harus dilakukan setiap 48-72 jam.

2. Menurut Tjetjen (2004) rotasi tempat kanula setiap 72-96 jam mengurangi phlebitis dan infeksi lokal (teflon atau polikateter lebih baik dari pada jarum logam karena tidak menembus vena saat rotasi).
3. Pada pemakaian jangka pendek (<48 jam), jarum lurus atau butterfly kurang mengakibatkan iritasi karena terbuat dari plastik dan juga infeksi lebih rendah.
4. Pada perawatan tempat pemasangan, penutupan luka dapat dipertahankan 72 jam asal kering (jika basah, lembab, atau lepas segera diganti).
5. Daerah tertanamnya kateter atau jarum harus diperiksa tiap hari apakah ada rasa nyeri.
6. Tempat insersi perlu diperiksa jika responden mengeluh nyeri atau demam tanpa diketahui penyebabnya.
7. Saluran (tubing) yang dipakai untuk memberikan darah, produk darah atau emulsi lemak harus diganti setiap 24 jam (Tjetjen, *et.al*, 2004).

Dalam Darmawan (2005) bahwa hasil 4 teknik pemberian PPN (nutrisi parenteral perifer), di mana mengganti tempat (rotasi) kanula ke lengan kontralateral setiap hari pada 15 responden menyebabkan bebas phlebitis. Namun, dalam uji kontrol acak yang dipublikasi baru-baru ini oleh Webster *et.al* disimpulkan bahwa kateter bisa dibiarkan aman di tempatnya lebih dari 72 jam jika tidak ada kontraindikasi. *The Centers for Disease Control and Prevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi. Dianjurkan aseptik dresing untuk mencegah phlebitis. Kasa setril diganti setiap 24 jam, frekuensi penggantian balutan dilakukan setiap 48-72 jam dengan

balutan yang steril sesuai dengan bahan dan jenis yang digunakan (Brooker & Ignatavicius, 1996).

Pengklasifikasian phlebitis menurut (INS, 2006) yaitu phlebitis kimia, phlebitis mekanik dan phlebitis yang disebabkan oleh bacterial. Phlebitis dapat diklasifikasikan dalam 3 tipe : bakterial, kimiawi, dan mekanikal (Campbell, 1998).

Chemical Phlebitis (Phlebitis kimia) dihubungkan dengan bentuk respon yang terjadi pada tunika intima vena dengan bahan kimia yang menyebabkan reaksi peradangan. Reaksi peradangan dapat terjadi akibat dari jenis cairan yang diberikan atau bahan material kateter yang digunakan. Chee dan Tan (2002) yang menegaskan bahwa faktor munculnya phlebitis dapat diakibatkan ketidakcocokan pencampuran obat dalam pembuluh darah. Sementara itu derajat keasaman (pH levels) lebih dari 11 atau kurang dari 4,3 dan pemberian cairan hipertonic (320 mOsm/L) secara signifikan dapat menyebabkan terjadinya phlebitis. Cairan isototonik akan menjadi lebih hiperosmoler apabila ditambah dengan obat, elektrolit maupun nutrisi (INS, 2006).

Hadaway (2006) menerangkan bahwa beberapa cairan bisa dipergunakan dalam menjaga terjadinya clotting akibat bekuan darah pada slang dan jarum infus. Penggunaan cairan yang tepat dapat menghilangkan clot/sumbatan tersebut diantaranya, sodium chloride, heparin flush solution, ethylenediaminetetraacetate dan ethanol. Sementara itu pemberian antikoagulan paling sesuai untuk keadaan deep thrombophlebitis, dimana tindakan pemberian obat harus dipantau dan responden dalam keadaan istirahat total.

Menurut Subekti vena perifer dapat menerima osmolalitas larutan sampai dengan 900 mOsm/L. Semakin tinggi osmolaritas (makin hipertonis) makin mudah terjadi kerusakan pada dinding vena perifer seperti phlebitis, trombophebitis, dan tromboemboli. Bahan kateter yang terbuat dari polivinil klorida atau polietelin (teflon) mempunyai resiko terjadi phlebitis lebih besar dibanding bahan yang terbuat dari silikon atau poliuretan (INS,2006).

Partikel materi yang terbentuk dari cairan atau campuran obat yang tidak sempurna diduga juga bisa menyebabkan resiko terjadinya phlebitis. Penggunaan filter dengan ukuran 1 sampai dengan 5 mikron pada infus set, akan menurunkan atau meminimalkan resiko phlebitis akibat partikel materi yang terbentuk tersebut (Darmawan, 2008).

Phlebitis mekanikal sering dihubungkan dengan pemasangan atau penempatan katheter IV. Penempatan katheter pada area fleksi lebih sering menimbulkan kejadian phlebitis, oleh karena pada saat ekstremitas digerakkan katheter yang terpasang ikut bergerak dan menyebabkan trauma pada dinding vena. Penggunaan ukuran katheter yang besar pada vena yang kecil juga dapat mengiritasi dinding vena. (*The Centers for Disease Control and Prevention*, 2002).

2.6.1 Penyebab Phlebitis

1) Teknik pencucian tangan yang buruk

Infeksi di rumah sakit dapat disebabkan oleh mikroorganisme yang didapat dari orang lain (*cross infection*) atau disebabkan oleh flora normal dari pasien itu sendiri (*endogenous infection*). Oleh karena itu perlu usaha pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi di yaitu dengan meningkatkan perilaku cuci tangan yang baik.

2) Teknik aseptik tidak baik

Faktor yang paling dominan menimbulkan kejadian phlebitis adalah perawat pada saat melaksanakan pemasangan infus tidak melaksanakan tindakan aseptik dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur

3) Teknik pemasangan kanula yang buruk

Tindakan penatalaksanaan infus yang buruk, pasien akan terpapar pada resiko terkena HAIs berupa phlebitis.

4) Lama pemasangan katerer

Kontaminasi infus dapat terjadi selama pemasangan kateter intravena sebagai akibat dari cara kerja yang tidak sesuai prosedur serta pemakaian yang terlalu lama. *The Center for Disease Control and Prevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi.

5) Perawatan infus

Perawatan infus bertujuan untuk mempertahankan tehnik steril, mencegah masuknya bakteri ke dalam aliran darah, pencegahan/meminimalkan timbulnya infeksi, dan memantau area insersi sehingga dapat mengurangi kejadian phlebitis.

(Darmawan,

2008)

2.7 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini dapat ditinjau berdasarkan penelitian yang terkait, sebagai berikut:

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1	<i>Evolution of an audit and monitoring tool into an infection prevention and control proces.</i> Dufour, J-C, et.al 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Infeksi Clostridium difficile - Proses peninjauan harian (DRP) - Pendidikan dan pembelajaran Mengembangkan hubungan - Perubahan perilaku 	<i>grounded theory</i>	AMT pada awalnya dilakukan setiap hari dan kemudian, jarang dilakukan tergantung kondisi pasien, keparahan penyakit, dan kekhawatiran tentang pencegahan infeksi dan pengendalian tindakan pencegahan dan lingkungan. Studi tersebut mengidentifikasi bahwa proses menyelesaikan AMT telah berevolusi menjadi kegiatan harian review process (DRP), yang melibatkan IPCP, matron, dan ward Staf yang bekerja sama untuk melakukan tripartit pada pasien, berfokus review dan pengkajian lingkungan sebagai

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				bagian dari perawatan dan pengelolaan pasien yang mengalami CDI. dari interaksi ini tampaknya berkontribusi pada penerimaan, normalisasi, dan keefektifan proses. Studi ini mengidentifikasi dua tema utama yang menandai interaksi tersebut: 'Pendidikan dan pembelajaran' dan 'Mengembangkan dan mempertahankan hubungan'.
2	<i>Impact of electronic healthcare-associated infection surveillance software on infection prevention resources: a systematic review of the literature.</i> Russo, P.L, et.al 2017.	<ul style="list-style-type: none"> - Pengawasan Infeksi terkait kesehatan - Elektronik Otomatis - Epidemiologi Infeksi silang - Pengendalian infeksi 	<i>A systematic search</i>	Pencarian awal mengidentifikasi 3584 artikel potensial. Setelah duplikat telah dihapus, 2832 abstrak dari artikel ditinjau. Secara keseluruhan, 147 ditambah dua artikel tambahan yang teridentifikasi melalui pencarian tangan dianggap cocok untuk teks lengkap ulasan. Enam belas penelitian (0,45%) dianggap memenuhi kriteria kelayakan dan disertakan dalam tinjauan teks lengkap. Itu Bagan alir PRISMA yang menggambarkan dokumen yang diidentifikasi dari Strategi pencarian

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
3.	<i>Electronic monitoring in combination with direct observation as a means to significantly improve handhygiene compliance</i> Boyce, J.M, 2017	- Kepatuhan Cuci Tangan berdasarkan observasi Hand Hygiene oleh auditor yang terlatih - Kepatuhan Cuci Tangan berdasarkan Penggunaan sistem elektronik untuk pemantauan Hand Hygiene untuk mengeksplorasi bagaimana 2 pendekatan ini dapat saling melengkapi satu sama lain untuk mendapatkan keuntungan keselamatan pasien.	<i>Studi Observasional</i>	Pemantauan kepatuhan hand hygiene merupakan elemen penting dari program promosi kebersihan tangan. Pengamatan oleh auditor yang terlatih dianggap metode standar untuk menetapkan tingkat kepatuhan kebersihan tangan. Kerugian meliputi sumber daya yang diperlukan untuk survei observasional, biaya instalasi, akurasi variabel dalam memperkirakan tingkat kepatuhan, masalah yang berkaitan dengan penerimaan oleh tenaga kesehatan. kebanyakan sistem untuk memantau hanya pengganti untuk Moments 1, 4, dan 5.
4.	<i>Utility of electronic hand hygiene counting devices for measuring physicians' hand hygiene adherence applied to outpatient settings.</i> Arrai, A, et.al 2016.	- Pemantauan Hand Hygiene dengan perangkat penghitung elektronik - Prilaku Hand Hygiene dokter	<i>Studi Observasional</i>	Dua ratus delapan puluh dokter dari 28 ruang perawatandipantau selama 3 bulan. Tingkat kepatuhan hand hygiene secara keseluruhan pada tahap awal adalah 10,7%, mengalami peningkatan 18,2% pada bulan ketiga setelah intervensi. Dari semua ruang perawatan, menunjukkan peningkatan yang sangat signifikan terhadap kepatuhan

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				hand hygiene yaitu 78,6% Perubahan persentase dokter di setiap kategori sebelum dan setelah umpan adalah sebagai berikut: sangat rendah (84,3% ke 72,1%), rendah (8,6% menjadi 14,3%), sedang (2,9% ke 8,9%), dan tinggi (4,3 % ke 4,6%), di awal bulan ketiga.
5.	<i>Effectiveness of an electronic hand hygiene monitoring system on healthcare workers" compliance to guidelines.</i> Al Salman, J M. et.al, 2015	- Pemantauan hand hygiene dengan electronic hand hygiene system - kepatuhan hand hygiene	<i>Studi Observasional</i>	Kepatuhan terhadap hand hygiene meningkat dari 38-42% menjadi 60% pada awal pemantauan dan kemudian meningkat menjadi rata-rata 75% pada akhir penelitian selama 28-hari. Dalam beberapa kasus, kepatuhan meningkat hingga 85% atau bahkan 100%.
6.	<i>Enhancement of hand hygiene compliance among health care workers from a hemodialysis unit using video-monitoring feedback.</i> Sanchez, L.A. et.al, 2016	- Pemantauan hand hygiene dengan video monitoring - kepatuhan hand hygiene	<i>studi prospektif intervensi</i>	Kepatuhan dengan pengamatan langsung lebih rendah dibandingkan dengan pengamatan video ($P < 0,05$). Ketidaksesuaian antara kedua metode adalah 29,2% (0,4% -59,8%); peningkatan rata-rata sesuai selama penelitian adalah 30,6% (kisaran, 7,3% - 75,5%).
7.	<i>The role of time pressure and different psychological safety climate referents in the prediction of nurses" hand hygiene compliance.</i> Jimmieson, N.L, et.al,	2.1 Time Pressure 2.2 Kepatuhan cuci tangan Rekomendasi WHO	<i>Studi Observasional</i>	1. Untuk membandingkan data waktu 1 perawat yang tidak berpartisipasi dalam kuesioner kedua ($n = 1,551$), atau dikeluarkan dari sampel dengan alasan

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
2016				yang dijelaskan di atas (n = 146), dengan subset perawat yang ditahan untuk ini Studi menunjukkan bahwa kedua kelompok ini (n = 1.697 berbanding n = 638) tidak berbeda secara signifikan dalam hal variabel demografis. Uji chi-kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan untuk jenis kelamin ($\chi^2 = 1,552$, $df = 1$, $p = .213$), dan uji t sampel independen menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna dalam hal usia ($t = 0,218$, $df = 2154$, $p = 0,828$) dan keperawatan ($t = 1,530$, $df = 2195$, $p = .126$).
8	<i>Evaluation of hand hygiene compliance and associated factors with a radio-frequency-identification-based real-time continuous automated monitoring system.</i> Dufour, JC, et.al, 2017.	- Evaluasi kepatuhan hand hygiene - Faktor hand hygiene - Pengamatan berbasis <i>real-time continuous automated monitoring system</i>	<i>Multi-level model</i>	Selama periode penelitian (171 hari), 4629 IHHO dipilih menurut kriteria inklusi / eksklusi (Gambar B, lihat materi pelengkap online): 285 'di dalam / di samping tempat tidur AHR digunakan' sebelum memasuki area perawatan pasien (6,1%), 763 'di luar penggunaan AHR' sebelum memasuki kamar tidur pasien (16,5%), dan 3581 'tidak menggunakan AHR' (77,4%) (Tabel II). Jalur dilakukan oleh 42 petugas kesehatan (23 dokter medis, delapan

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				<p>penghuni, 12 petugas medis, tiga dokter senior, enam perawat, sembilan asisten perawat dan empat pembantu rumah tangga) merawat 132 pasien di tujuh kamar yang dilengkapi dengan sistem MHT. Secara keseluruhan, 3849 IHHO (yang dilakukan oleh 39 petugas kesehatan) dianalisis untuk penggunaan di dalam / di samping tempat tidur dan 4316 IHHO (yang dilakukan oleh 39 petugas kesehatan) dianalisis untuk 'penggunaan dari luar'.</p>
9	<p><i>Can clinical supervision sustain our work force in the current healthcare landscape? Findings from a Queensland study of allied health professionals.</i> Saxby, et.al, 2015</p>	- Untuk mengetahui keefektifan supervise klinis dan mengidentifikasi komponen yang berkontribusi dalam pelaksanaan nya.	<i>cross-sectional</i>	<p>- Terdapat hubungan antara waktu, periode, jumlah supervisi dengan keefektifan pelaksanaan supervise klinis di evaluasi dengan MCSS. Rata rata waktu kegiatan pelaksanaan supervisi klinisdalam tiap sesi adalah 45 menit, periode pelaksanaan supervise 3-6 bulan, jumlah anggota supervisi 1-12 orang.</p> <p>- Untuk pengoptimalan kegiatan supervisi diperlukan penjadwalan kegiatan supervisi antara supervisor-supervisees, pelatihan supervisor, kontrak waktu, topik, dan</p>

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				peningkatan kepercayaan diri supervisor.
10	<i>Review : A randomized controlled trial of clinical supervision : selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationship with quality of care and patient outcomes, as and informed contribution to mental health nursing practice development.</i> Proctor, B, 2010.	Memberi klarifikasi dari pertanyaan yang sering muncul dalam pelaksanaan supervisi, evaluasi pelaksanaan supervisi klinis.	A <i>randomized controlled trial</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisi klinis tidak dapat dilakukan untuk organisasi yang kualitas manajemennya rendah. - <i>Outcome</i> pelaksanaan supervisi klinis bisa diukur dengan menggunakan MCSS tiap setahun sekali dalam pelaksanaan supervise membutuhkan latihan dan dukungan yang kuat dari lingkungan - pemberian konseling di lingkungan perawat merupakan hal yang penting dilaksanakan dalam waktu satu jam atau kurang yang diberikan setiap bulan.
11	<i>A Randomized controlled trial of clinical supervision : selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationship white quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice development.</i> White & Winstanley, 2010.	- Untuk mengetahui hubungan antara pelaksanaan supervise klinis, kualitas asuhan keperawatan dan kepuasan pasien.	A <i>Randomized controlled trial</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan organisasi sangatlah penting dalam pelaksanaan supervise klinis - evaluasi supervise klinis dinilai dengan instrumen yang sudah tervalidasi (MCSS) - untuk mengembangkan kemampuan

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				supervisees menjadi lebih baik harus dilakukan <i>demonstrably efficacious</i> bukan <i>superficial supervision</i> .
12	<i>Real-Time Feedback for Improving Compliance to Hand Sanitization Among Healthcare Workers in an Open Layout ICU Using Radiofrequency Identification</i> Kedar Radhakrishna, et al, 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kepatuhan cuci tangan dengan metode radiofrekuensi pada volume hand sanitizer 2. Evaluasi kepatuhan cuci tangan dengan metode radiofrekuensi pada waktu terbanyak penerapan cuci tangan 3. Evaluasi kepatuhan cuci tangan dengan metode radiofrekuensi terkait tenaga kesehatan 	<i>Quasi Experimental Study</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. penggunaan sanitizer secara signifikan lebih tinggi pada kelompok intervensi (nilai $p < 0,05$) dengan median penggunaan <i>hand sanitizer</i> 9250 ml (IQR 8125-10,375 ml) dan 7035 (IQR 6500-8375 ml). Peningkatan yang konsisten dalam penggunaan <i>hand sanitizer</i> diamati di kelompok intervensi selama empat bulan berikutnya setelah penghentian intervensi 2. Mencuci tangan yang tertinggi selama shift pertama (07:00 sampai 01:00) sementara itu paling sedikit selama shift malam (21:00 sampai 07:00). 3. Tenaga kesehatan yang paling banyak melakukan cuci tangan adalah pimpinan keperawatan, diikuti oleh dokter dan akhirnya oleh

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
perawat				
13	<i>Improving Hand Hygiene at Eight Hospital in the United States by Targeting Spesific Causes of Noncompliance</i> , Mark R. Chassin, et al, 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan cuci tangan 2. Lean, Six Sigma dan metode perubahan manajemen 3. mengukur tingkat ketidakpatuhan cuci tangan 4. mengkaji penyebab spesifik kegagalan penerapan cuci tangan 5. mengembankan dan menguji coba intervensi target 6. menerapkan intervensi target 	<i>Experiment</i>	Tingkat kepatuhan dari 8 rumah sakit adalah 47,5%. Terdapat 41 penyebab ketidakpatuhan dalam peerapan cuci tangan yang terbagi menjadi 24 kelompok. Masing-masing rumah sakit mengembangkan dan menerapkan spesifik intervensi target untuk mengatasi ketidakpatuhan tersebut. setelah dilakukan penerapan intervensi tingkat kepatuhan 8 rumah sakit meningkat dari 47,5 % menjadi 81%
14.	<i>A large-scale assessment of hand hygiene quality and the effectiveness of the "WHO 6-steps</i> , Szilágyi, et al., 2013.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas dan kepatuhan cuci tangan dihubungkan dengan gender, umur dan jenis pekerjaan, berdasarkan observasi HHAS 2. Kualitas cuci tangan dengan menggunakan alat "the Stery-Hand monitoring devices" 	<i>Pra experimental</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas dan kepatuhan cuci tangan 1) Staf perempuan menunjukkan kepuasan terhadap cuci tangan, lebih baik (75%). 2) Perawat menunjukkan nilai yang lebih baik dibandingkan profesi lainnya (77%). 3) Kelompok umur 40-49 menunjukkan nilai terbaik dalam rentang 76% dan memiliki

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				kesalahan minimal dalam cuci tangan 2. Kesalahan terbanyak pada tahapan cuci tangan; 1) pada eminensia dan di dekat lipatan pergelangan tangan (18%) 2) dorsal sisi jari di dekat kuku (16%)
15	<i>Impact of WHO Hand Hygiene Improvement Program</i> Farinaz Farhoudi et al, 2016	1. Kepatuhan 5 moment cuci tangan 2. Sebelum dan sesudah penerapan <i>Multimodal Hand Hygiene Strategy WHO</i>	<i>Quasi Experiment al Trial</i>	Terdapat perubahan tingkat kepatuhan yang signifikan antara sebelum dan sesudah penerapan <i>Multimodal HH Strategy</i> yakni dari 29,8% menjadi 70,98%
16	<i>Keep It Clean: A Visual Approach To Reinforce Hand Hygiene Compliance In The Emergency Department.</i> Lynn I. Wiles, et al, 2015	Evaluasi kepatuhan cuci tangan dengan Teknologi sinar UV	<i>Pretest-posttest deskriptif</i>	Skor Posttest secara signifikan lebih tinggi daripada pretest skor ($t(108) = -6,928$, $P = 0,048$). tingkat kepatuhan rata-rata 40%. ² Perawatan Kesehatan-infeksi yang terkait (HAIs) mengklaim lebih hidup setiap tahunnya daripada AIDS, kanker payudara, dan kecelakaan kendaraan bermotor gabungan. ³ HAIs terjadi selama menjalani perawatan diperawatan kesehatan pengaturan ⁴ dan mempengaruhi 5% dari semuarawat inap pasien ⁵ atau 1,7 juta orang per tahun, mengakibatkan 99.000 kematian.

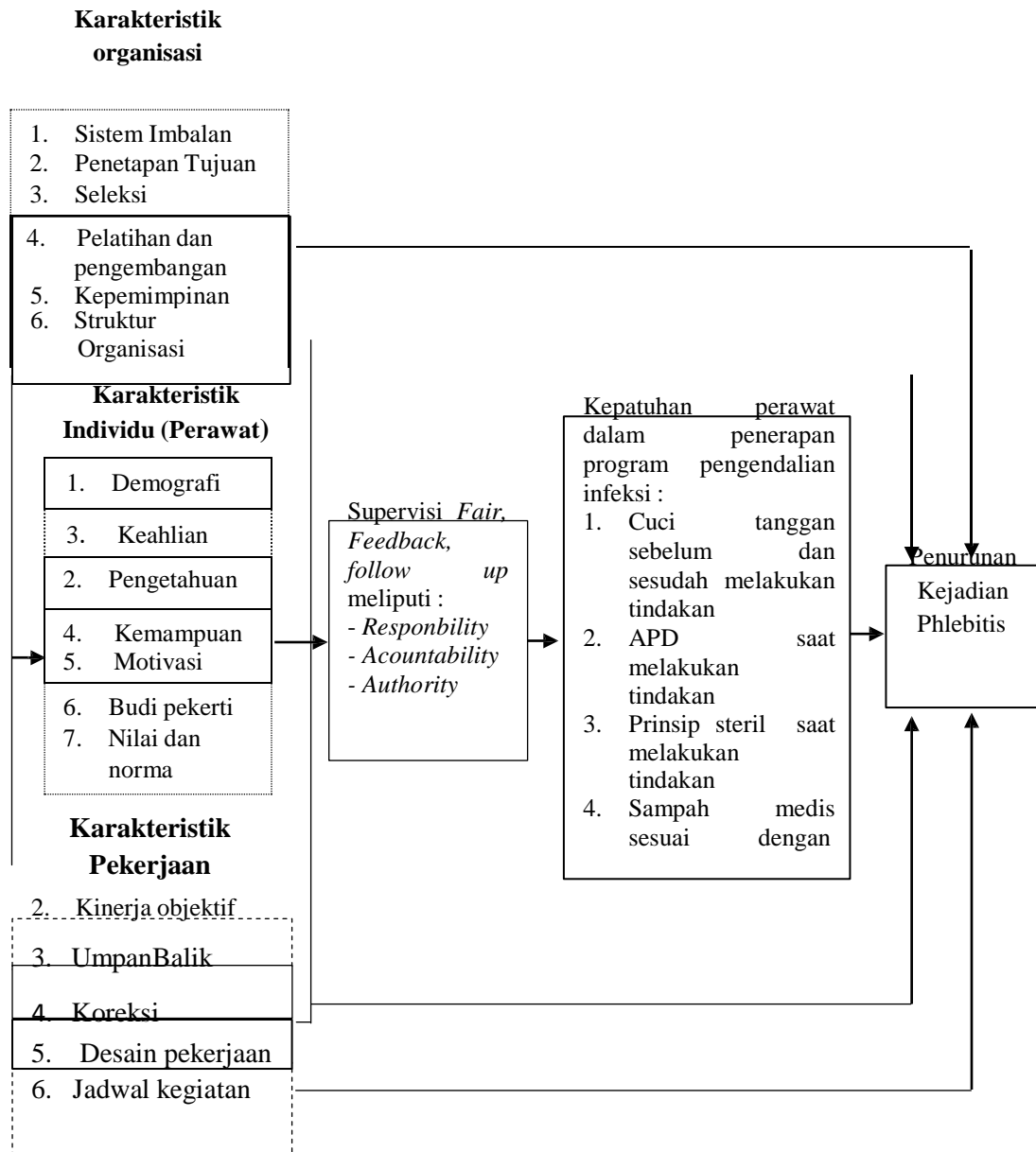
No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
17	<i>Impact of a hand hygiene audit on hand hygiene compliance in a tertiary care public sector teaching hospital in South India.</i> Apurba Sankar Sastry, et al, 2017	Audit hand hygiene Kepatuhan hygiene	<i>Studi Observasi</i>	HHCAR, HH tingkat kepatuhan parsial, dan tingkat ketidakpatuhan yang 45,5%, 21,17%, dan 33,3%, masing-masing. Ada bertahap peningkatan signifikan secara statistik pada HHCAR bulanan selama periode penelitian dari 37,5% - 51,7% ($P=0,001$). HHCAR ditemukan menjadi tertinggi di antara perawat (58,9%) diikuti oleh staf lain (46,7%) dan dokter (46,6%). Organisasi Kesehatan Dunia Moments 3 dan 4 memiliki signifikan secara statistik compliance (78,5% dan 71,8%, masing-masing; $P<0,001$) dibandingkan dengan Moments 1, 2, dan 5. Sebagai HHCAR meningkatkan ada penurunan signifikan secara statistik pada tingkat infeksi perangkat terkait 10,6-3,9 per 1.000 hari perangkat ($P=0,042$).
18	<i>Infencing factors on hand hygiene behavior of nursing students based on theory of planned behavior: A descriptive survey study</i> Sun Young Jeong, et al, 2017	Pegetahuan, keyakinan, dan perilaku mahasiswa Hand hygiene	<i>survei deskriptif</i>	Persentase jawaban yang benar di bagian survei tentang pengetahuan kebersihan tangan adalah 68,1%. Tidak ada signifikansi perbedaan dalam pengetahuan, kepercayaan perilaku, keyakinan normatif, atau kontrol Data keyakinan ditemukan terkait dengan

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				<p>karakteristik umum. Keyakinan perilaku berkorelasi dengan keyakinan normatif ($r = 0,25$, $p < 0,001$) dan perilaku kebersihan tangan ($r = 0,17$, $p = 0,017$), dan keyakinan kontrol berkorelasi dengan perilaku kebersihan tangan ($r = 0,18$, $p = 0,010$).</p>
19	<i>Evolution of an audit and monitoring tool into an infection prevention and control process</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Infeksi Clostridium difficile - Proses peninjauan harian (DRP) - Pendidikan dan pembelajaran Mengembangkan hubungan - Perubahan perilaku 	<i>grounded theory</i>	<p>AMT pada awalnya dilakukan setiap hari dan kemudian, jarang dilakukan tergantung kondisi pasien, keparahan penyakit, dan kekhawatiran tentang pencegahan infeksi dan pengendalian tindakan pencegahan dan lingkungan. Studi tersebut mengidentifikasi bahwa proses menyelesaikan AMT telah berevolusi menjadi kegiatan harian review process (DRP), yang melibatkan IPCP, matron, dan ward Staf yang bekerja sama untuk melakukan tripartit pada pasien, berfokus review dan pengkajian lingkungan sebagai bagian dari perawatan dan pengelolaan pasien yang mengalami CDI. dari interaksi ini tampaknya berkontribusi pada</p>

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				penerimaan, normalisasi, dan keefektifan proses. Studi ini mengidentifikasi dua tema utama yang menandai interaksi tersebut: 'Pendidikan dan pembelajaran' dan 'Mengembangkan dan mempertahankan hubungan'.
20	<i>Clinical supervision in a competency-based era</i> (Falender, 2014)	-Pengawasan klinis kompetensi	Kualitatif	Meningkatkan apresiasi pengawasan klinis sebagai profesional yang berbeda kegiatan yang memerlukan pelatihan dan kompetensi khusus. Pengawasan adalah kunci untuk mentransmisikan profesi untuk generasi masa depan psikolog.
21	<i>Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice</i> (Cruz, Carvalho and Sousa, 2015)	-Pengawasan Klinis Kecerdasan emosional	Kualitatif	Bahwa ketika perawat yang diawasi lebih termotivasi Mereka membahas lebih sedikit masalah pribadi.
22	<i>Quality allied health clinical supervision policy in Australia : Literature Review</i> (Fitzpatrick, et.al, 2012)	- Hubungan supervisi klinis dengan kualitas pelayanan kesehatan.	Literature Review	Supervisi klinis mampu meningkatkan kualitas pelayanan, dan juga berkontribusi dalam memberikan motivasi untuk mengembangkan kemampuan supervisor.

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual Model Supervisi *Fair Feedback Follow Up*, Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Program Pengendalian Infeksi.



Gambar 3.1 Kerangka konseptual model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

3.2 Keterangan Kerangka Konseptual model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

Model Supervisi *fair feedback follow up* berbasis teori Faktor Penentu Produktifitas Dalam Organisasi Kompleman. Pendekatan Model Supervisi *fair feedback follow up* menggunakan unsur RAA di dalam proses supervisi. Dalam konsep supervisi terdapat beberapa faktor yang bisa mempengaruhi kinerja *superviosor* yaitu faktor 1) karakteristik organisasi (*organizational characteristics*), yaitu : system imbalan (*reward system*), penetapan tujuan (*goal setting*, MBO), seleksi, pelatihan dan pengembangan (*training and development*), kepemimpinan (*leadership*), struktur dan budaya organisasi (*organization structure dan culture*). 2) karakteristik individu (perawat) : pengetahuan (*knowledge*), keahlian (*skill*), kemampuan (*ability*), motivasi, budi pekerti (*attitudes*), nilai dan norma (*value & norm*). 3) karakteristik pekerjaan : kinerja objektif (*objective performance*), umpanbalik (*feed back*), koreksi, desain pekerja (*job design*), jadwal kerja (*work schedule*). Selain hal tersebut efektifitas organisasi dipengaruhi oleh faktor lingkungan, struktur dan proses.

Dari teori teori tersebut akan mempengaruhi perawat dalam mengambil komitmen untuk melakukan tugas perawat dalam melaksanakan prosedur pengendalian infeksi. Perawat diharapkan benar-benar melakukan tugas nya sesuai dengan Standart Prosedur Operasional, dan harus siap dalam kondisi apapun serta menguasai bidang keilmuan yang dimiliki. Sehingga keberhasilan menyelesaikan tugas memenuhi target yang ditetapkan (kinerja meningkat). Fondasi dari manajemen kepatuhan tidak hanya aspek organisasi, kepatuhan tidak hanya timbul dari supervisi/pengawasan yang dilakukan oleh organisasi, setiap

individu juga memiliki kapasitas berperilaku. kepatuhan yang timbul karena proses internalisasi akan memunculkan komitmen yang positif dalam implementasi kerja (tanggung jawab, kemampuan dan kewenangan). Hal ini sejalan dengan teori komitmen dari Allen & Meyer (1991) bahwa adanya kesadaran karyawan untuk menyelaraskan harapan dan nilai yang ada di organisasi akan membangun sikap yang berbeda walaupun tanpa adanya control atasan, mereka akan mampu bertanggung jawab pada apa yang dilakukan. Dengan kepatuhan perawat terhadap pelaksanaan PPI maka akan dapat menurunkan angka kejadian Phlebitis.

3.3 Hipotesis Penelitian

- H1.1 = Ada pengaruh antara pengaruh karakteristik organisasi terhadap kejadian phlebitis.
- H1.2 = Ada pengaruh antara pengaruh karakteristik organisasi terhadap Supervisi.
- H1.3 = Ada pengaruh karakteristik Individu terhadap kejadian phlebitis.
- H1.4 = Ada pengaruh karakteristik Individu terhadap supervisi.
- H1.5 = Ada pengaruh antara pengaruh karakteristik pekerjaan terhadap Kejadian Phlebitis.
- H1.6 = Ada pengaruh antara pengaruh karakteristik pekerjaan terhadap supervisi.
- H1.7 = Ada pengaruh antara pengaruh model supervisi *fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi.
- H1.8 = Ada pengaruh antara kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi terhadap kejadian Phlebitis.

BAB 4 METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama yaitu *eksplanasi deskriptif* dan tahap kedua adalah uji coba. Langkah-langkah mulai dari desain penelitian, populasi, sampel, teknik sampling masing-masing tahap akan dijelaskan sebagai berikut.

4.1 Desain Penelitian

4.1.1 Penelitian Tahap I

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian survei *eksplanasi deskriptif*. *Ekplanasi* adalah sebuah cara untuk menggali sesuatu yang baru dan melaporkan hubungan antara perbedaan aspek yang diteliti dari fenomena dengan pendekatan *cross sectional*. Hal ini kemudian dilanjutkan dengan penelitian deskripsi untuk mengembangkan pengetahuan tentang sebuah topik dan akhirnya kita harus menjelaskan (*explain*) temuan penelitian (Kowalczyk, 2015). Tahap pertama penelitian ini akan menggali *gap* antara temuan/fakta dengan teori yang berkenaan dengan elemen-elemen yang bisa mewujudkan Supervisi *fair feedback follow up* dan bagaimana kepatuhan perawat dalam PPI saat ini. Pada tahap ini akan digali:

1. Karakteristik Organisasi
2. Karakteristik Individu
3. Karakteristik Pekerjaan
4. Supervisi *fair feedback follow up*
5. Kepatuhan PPI
6. Kejadian Phlebitis

Analisis yang digunakan adalah dengan menggunakan *Partial Least Square* (PLS), dimungkinkan melakukan permodelan persamaan struktural dengan ukuran sampel relatif kecil dan tidak membutuhkan asumsi normal multivariat. PLS merupakan metode yang analisis yang kuat karena dapat diterapkan pada semua skala data, tidak membutuhkan banyak asumsi dan ukuran sampel tidak harus besar. PLS selain dapat digunakan sebagai konfirmasi teori juga dapat digunakan untuk membangun hubungan yang belum ada landasan teorinya atau untuk pengujian proposisi. Langkah-langkah permodelan persamaan struktural berbasis PLS adalah sebagai berikut:

- 1) Langkah pertama: merancang model struktural (*Inner model*)
- 2) Langkah kedua: merancang model pengukuran (*outer model*)
- 3) Langkah ketiga: mengkonstruksi diagram jalur
- 4) Langkah keempat: konversi diagram jalur ke dalam sistem persamaan
- 5) Langkah kelima: estimasi
- 6) Langkah keenam: *Goodness of fit*
- 7) Langkah ketujuh: pengujian hipotesis.

Berikutnya adalah penyusunan modul Supervisi *Fair Feedback Follow up*. Dimulai dengan Sosialisasi teknis pelaksanaan uji coba pertama Model Supervisi *Fair Feedback Follow up*. Tahap berikutnya evaluasi pelaksanaan uji coba pertama dalam FGD bersama pimpinan keperawatan dari rumah sakit dan mengundang pakar/ahli. Hasil FGD yang kedua tim peneliti dapat menyusun modul pelaksanaan Model Supervisi *Fair Feedback Follow up*.

Tahap II

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *Quasi-eksperimental* dengan *pre test-post test design* yaitu kelompok subjek perlakuan akan diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, sedangkan kelompok kontrol tidak dilakukan intervensi (Nursalam, 2014).

Pada tahap ini dipilih 2 ruangan yakni ruang teratai (untuk pasien perempuan dengan penyakit dalam) sebagai kelompok perlakuan dan ruang asoka (untuk pasien laki - laki dengan penyakit dalam) sebagai kelompok kontrol. Sebelum kelompok perlakuan diberikan intervensi, dilakukan pengukuran awal (*pre test*) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol untuk memperoleh data kepatuhan perawat. Selanjutnya pada kelompok perlakuan dilakukan intervensi model supervisi *fair feedback follow up* sedangkan kelompok kontrol tidak dilakukan intervensi. Pada kedua kelompok tersebut masing-masing dilakukan dua kali pengukuran yaitu *pretest* dan *posttest*.

Tabel 4.1 Bentuk Rancangan Penelitian *Pre Test-Post Test Design* Kepatuhan Perawat Terhadap Pelaksanaan Pencegahan Pengendalian Infeksi.

Subjek Penelitian	<i>Pre test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>
Kelompok Perlakuan	01	X	02
Kelompok Kontrol	01	-	02

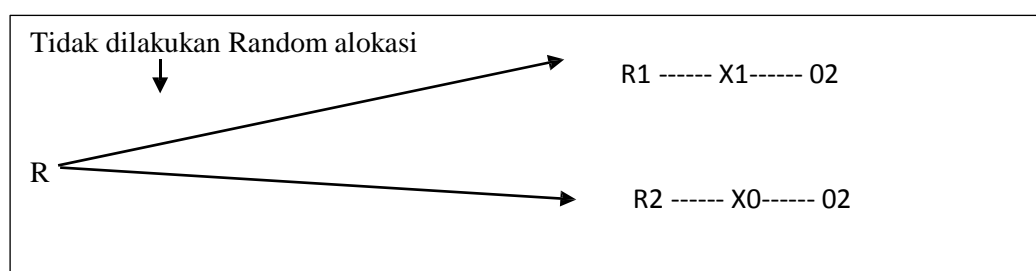
Keterangan:

- 01 : Pengukuran tingkat kepatuhan perawat dalam pelaksanaan PPI sebelum diberi intervensi model supervisi *fair feedback follow up*
- 02 : Pengukuran tingkat kepatuhan perawat dalam pelaksanaan PPI setelah diberi intervensi model supervisi *fair feedback follow up*.
- X : Intervensi model supervisi *fair feedback follow up*.

- : Tidak diberi intervensi model supervisi *fair feedback follow up*.

Selanjutnya dilakukan pengukuran kejadian dengan menggunakan *post test only equivalent control group*, pengaruh kepatuhan perawat terhadap kejadian phlebitis, dengan menggunakan uji beda pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan uji *kruskal walis*. Pada kedua kelompok tersebut masing-masing dilakukan satu kali pengukuran yaitu pada *posttest*.

Tabel 4.2 Bentuk Rancangan Penelitian *Post Test Only Equivalent Control Group* Pada Kejadian Phlebitis



4. 2 Populasi, sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada tahap 1 *ekplanasi/ eksplorasi* ini yaitu seluruh perawat yang ada di ruang rawat inap RSUD. Dr. R.Koesma Tuban, populasi target sebanyak 144 orang.

Tahap dua penelitian yakni uji coba pengembangan model supervisi *fair feedback follow up* pada variabel dependen yaitu kepala ruangan.

4.2.2 Sampel

Kriteria inklusi dari perawat pelaksana:

- 5) Perawat dengan minimal kerja 3 bulan
- 6) Perawat tersebut sehat secara fisik dan mental

Kriteria eksklusi dari perawat pelaksana:

- 1) Perawat yang sedang cuti
- 2) Perawat yang sedang mengikuti tugas belajar

Populasi terjangkau dalam diskusi pakar adalah seluruh jajaran manajerial keperawatan di RSUD dr. R. Koesma Tuban. Partisipan dalam FGD dipilih dengan teknik *purposive* yang terdiri dari Kepala bidang keperawatan, Kepala Keperawatan IRNA, Kasi renbang pelayanan Keperawatan, Kasi monev pelayanan keperawatan, Kepala ruang dan Katimnya.

4.2.3 Sampling

Partisipan pada tahap pertama dipilih dengan teknik *probability proportional random sampling* yaitu Pengambilan sampel secara proporsi dilakukan dengan mengambil subyek dari setiap strata atau setiap wilayah ditentukan seimbang dengan banyaknya subyek dalam masing-masing strata atau wilayah (Arikunto, 2006).

Partisipan pada tahap II yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cluster random sampling*.

Lokasi yang menjadi target penelitian adalah ruang rawat Inap di RSUD. Dr. R. Koesma Tuban. Partisipan penelitian dari jajaran manajer keperawatan dipilih dengan teknik *non-probability* jenis *purposive* sampling yaitu Kepala bidang keperawatan, Kepala Keperawatan IRNA, Kasi renbang pelayanan Keperawatan, Kasi monev pelayanan keperawatan.

Partisipan perawat pelaksana ditentukan dengan *purposive sampling* untuk memenuhi kriteria karakteristik perawat pelaksana.

4.2.4 Besar Sampel

4.2.4.1. Bersar Sampel Tahap I

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N.Z.P.q}{d^2(N-1) + Z.P.q} \\
 &= \frac{258.(1,96)^2.0,7.0,3}{(0,05)^2 \cdot (258-1) + 1,96^2 \cdot 0,7.0,3} = 144
 \end{aligned}$$

Keterangan :

n = Besar sampel 144

N = Besar populasi 258

Z = Nilai standart normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = Proporsi, diketahui 0,7 didapat dari survey pendahuluan dari 10 perawat 7 Tidak patuh terhadap PPI, 3 Patuh.

$q = 1-p = 1-0,7 = 0,3$

d = Tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)

4.2.4.2 Besar Sampel Tahap 2

Dipilih berdasarkan jumlah pasien dan klasifikasi penyakit di dapatkan seluruh perawat Ruag Teratai dan Asoka sebagai responden sejumlah 28 orang.

4.2.5 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling yang digunakan tahap I dalam penelitian ini *Proportional Random Sampling*. Pengambilan sampel secara proporsi dilakukan dengan mengambil subyek dari setiap strata atau setiap wilayah ditentukan seimbang dengan banyaknya subyek dalam masing-masing strata atau wilayah (Arikunto, 2006).

Adapun besar atau jumlah pembagian sampel untuk masing-masing Ruangan dengan menggunakan rumus menurut Sugiyono (2007).

$$n = \frac{X}{N} \times N1$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel yang diinginkan setiap strata

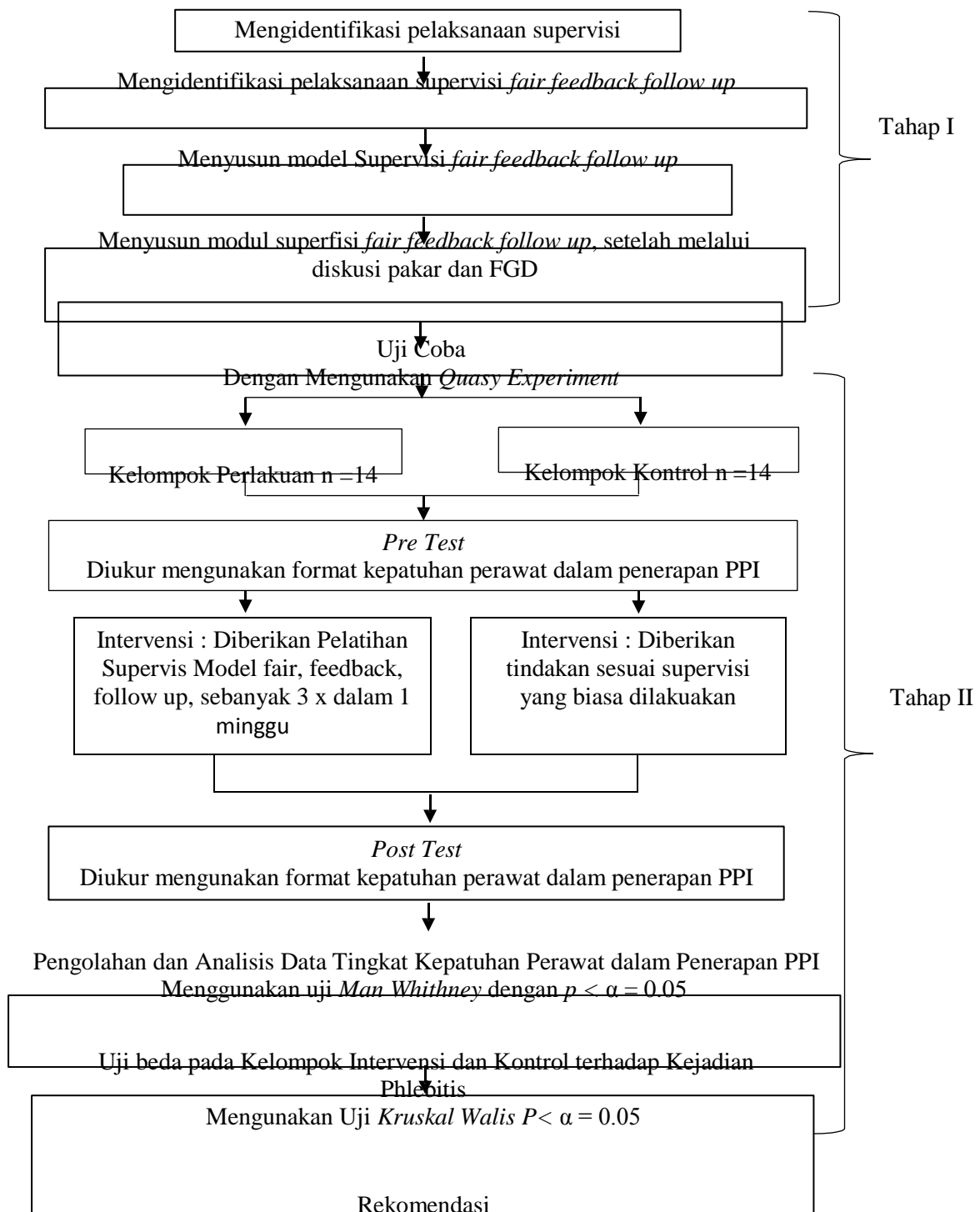
N :Jumlah seluruh populasi Perawat di RSUD dr. R.Koesma Tuban

X : Jumlah populasi pada setiap strata

N1 : Sampel

Teknik sampling yang digunakan tahap II dalam penelitian ini adalah *cluster random sampling*.

4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Model Supervisi, *Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis.*

4.4 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu karakteristik Organisasi, Karakteristik Individu, Karakteristik Pekerja, variabel dependen *supervisi fair feedback follow up* pada kepatuhan perawat dalam PPI dan penurunan Phlebitis.

Tabel 4.3 Variabel model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

Variabel	Keterangan	Indikator	
X1	Karakteristik organisasi	X1.1	1. Pelatihan dan pengembangan
		X1.2	2. Kepemimpinan
		X1.3	3. Struktur Organisasi
X2	Karakteristik individu	X2.1	1. Demografi
		X2.2	2. Pengetahuan
		X2.3	3. Kemampuan
		X2.4	4. Motivasi
X3	Karakteristik pekerja	X3.1	1. Umpan Balik
			2. Koreksi
Y1	Supervisi	Y1.1	1. <i>Fair</i> (R-A-A)
		Y1.2	1. <i>Feedback</i> (R-A-A)
		Y1.3	1. <i>Follow Up</i> (R-A-A)
Y2	Kepatuhan Perawat terhadap PPI	Y2.1	1. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
			2. APD saat melakukan tindakan
			3. Prinsip steril saat melakukan tindakan
			4. Sampah medis sesuai dengan jenisnya.
Y3	Phlebitis	Y3.1	1. Kejadian phlebitis bakterial
		Y3.2	1. Kejadian phlebitis mekanikal
		Y3.3	1. Kejadian phlebitis kimiawi

4.4.1 Definisi Operasional

Tabel 4.4 Definisi operasional model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
X1 Karakteristik Organisasi					
X1.1 Pelatihan dan pengembangan	Proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisir dalam pembelaaran kepada tenaga keperawatan	1. Teknik mengendarai orang lain 2. Ketrampilan khusus supervisi 3. Strategi pengambilan keputusan 4. Kepemimpinan dan pendelegasian.	Kuesioner	Ordinal	Tidak pernah = 1 Kadang Kadang = 2 Sering = 3 Selalu = 4 Kategori : Baik jika : Jika total skor ≥ 14 Cukup Bila : Jumlah Skor 6 - 14 Kurang Bila : Jumlah Skor = < 6
X1.2 Kepemimpinan	Gaya kepemimpinan yang diterapkan	5. Kesesuaian Gaya kepemimpinan yang diterapkan - Mengutamakan tercapainya tujuan - Mementingkan produktifitas yang tinggi - Mengutamakan penyelesaian tugas menurut jadwal - Lebih banyak melakukan pengarahan 6. Melaksanakan tugas dengan melalui prosedur yang ketat 7. Gaya Kepemimpinan yang diterapkan sesuai harapan 8. Pimpinan mengawasi apa yang	Kuesioner	Ordinal	Tidak pernah = 1 Kadang Kadang = 2 Sering = 3 Selalu = 4 Baik Jika : Jika total skor ≥ 27 Cukup Bila : Jumlah Skor 19 - 27 Kurang Bila : Jumlah Skor = < 19

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		dilakukan bawahan 9. Pimpinan mendengar pendapat atau saran dari bawahan 10. Pimpinan melibatkan bawahan dan rekan kerjanya dalam membuat keputusan 11. Pimpinan menjelaskan tugas baru kepada bawahan			
X1.3 Struktur Organisasi	Pemisahan kegiatan pekerjaan antara satu yang dengan yang lainnya	1. Apakah kegiatan pekerjaan dilakukan sesuai dengan tugas. 2. Spesialisasi 3. Standarisasi 4. Koordinasi 5. Mekanisme pengambilan keputusan 6. Unit kerja	Kuesioner	Ordinal	Tidak pernah = 1 Kadang Kadang = 2 Sering = 3 Selalu = 4 Baik Jika : Jika total skor ≤ 19 Cukup Bila : Jumlah Skor 10 - 19 Kurang Bila : $X < (\mu - 1,0, \sigma)$ Jumlah Skor = <
X2 Karakteristik Individu					
X2.1 Pengetahuan Perawat tentang supervisi	Pengetahuan perawat tentang supervisi	1. Definisi supervisi 2. Tujuan supervisi 3. Kemampuan dasar supervisi 4. Pelaksanaan supervisi 5. Pelaksanaan supervisi yang baik 6. Kontrol dalam supervisi 7. Manfaat	Kuesioner	Ordinal	Baik = 3 Cukup = 2 Kurang = 1 Baik Jika Skor : 75% Cukup jika skor 50 – 74 % Kurang jika skor < 50%

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		dari supervisi			
X2.2 Kemampuan	Kapasitas seorang individu untuk melakukan beragam tugas yang berkaitan dengan PPI	1. Pemahaman tentang cakupan tugas/pekerjaan 2. Pemahaman terhadap prosedur pelaksanaan tugas/pekerjaan 3. Pemahaman terhadap cara pelaksanaan tugas/pekerjaan 4. Penghayatan terhadap tanggung jawab tugas/pekerjaan; 5. Pemahaman tentang tantangan dalam pelaksanaan tugas/pekerjaan 6. Kesesuaian variasi pengetahuan yang dimiliki, dengan pengetahuan dalam pelaksanaan tugas.	Kuesioner	Ordinal	Sangat setuju = 5 Setuju = 4 Kurang setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Baik jika : Jika total skor ≥ 40 Cukup Bila : Jumlah Skor 32 - 40 Kurang Bila : Jumlah Skor = < 32
X2.3 Motivasi	Faktor yang berhubungan dengan pekerjaan itu sendiri yang dapat membangkitkan semangat perawat dalam melakukan tindakan PPI	1. Banga dengan prestasi yang diraih 2. Pimpinan memberikan pujian terhadap pekerjaan yang dibebankan 3. Tanggung jawab terhadap pekerjaan	Kuesioner	Ordinal	Sangat setuju = 5 Setuju = 4 Kurang setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Baik jika : Jika total skor ≥ 34 Cukup Bila : Jumlah Skor 26 - 34 Kurang Bila : Jumlah Skor = < 26

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		4. Senang dengan pekerjaannya 5. Pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan perawat 6. Kepuasan terhadap gaji 7. Kepuasan terhadap kondisi lingkungan kerja 8. Mematuhi peraturan yang ada di rumah sakit 9. Hubungan kerja yang erat sesama tim di ruang kerja 10. Supervisi yang dilakukan dapat memengaruhi perawat dalam bekerja			
X3. Karakteristik Pekerjaan					
X3.1	Umpan balik	1. Minta karyawan (perawat) untuk menilai dirinya sendiri	Kuesioner	Ordinal	Selalu = 4 Sering = 3 Kadang kadang = 2 Tidak Pernah = 1
Umpan	pelaksanaan	2. Pujian sebelum mengkritik			Baik jika : Jika total skor \geq 14
Baik	Tindakan.	3. Memberikan waktu pada karyawan untuk berfikir dan menanggapi			Cukup Bila : Jumlah Skor 6 - 14 Kurang Bila : Jumlah Skor = < 6
		4. Memberi pengakuan dan			

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		penghargaan bagi yang melaksanakan tugas dengan baik.			
X3.2	Membetulkan (memperbaiki kesalahan yang dilakukan perawat)	2. Pimpinan memberikan variasi tugas yang monoton 3. Pimpinan memberikan tugad sedikit bervariasi 4. pimpinan memberikan tugas bervariasi 5. Pimpinan memberikan koreksi atas tugas yang diberikan	Kuesioner	Ordinal	Selalu = 4 Sering = 3 Kadang kadang = 2 Tidak Pernah = 1 Baik jika : Jika total skor ≥ 14 Cukup Bila : Jumlah Skor 6 – 14 Kurang Bila : Jumlah Skor = < 6
Y1. Supervisi <i>Fair, Feedback, Follow Up</i>					
Y1.1 Supervisi kepatuhan perawat dalam PPI (Fair)	Melakukan observasi terhadap supervisor dalam melakukan supervisi <i>Fair Up</i> terhadap kepatuhan perawat dalam PPI : Responsibility , accountability, authority	a. Menentukan perawat yang akan di supervisi b. Menentukan dan menyiapkan SPO kegiatan yang akan disupervisi c. melakukan koordinasi dan komunikasi pada atasan untuk kegiatan yang akan disupervisi. d. Menyampaikan akan adanya penilaian dan pengembangan kemampuan pelaksanaan	Ceklist	Ordinal	Skor total : 40 Baik = > 26 Cukup = 13-26 Kurang = 0-12 <i>Responsibility</i> : Baik bila : Jika total skor 14-20 Cukup bila : Jumlah Skor 7 - 13 Kurang bila : Jumlah Skor = 0 – 6 Bobot : Dilakukan 3-4, Tidak dilakukan = 0 <i>Accountability</i> : Baik bila skor : 8 – 10 Cukup bila skor : 4 – 7 Kurang bila skor : 0 -3 Bobot = dilakukan 2-3 Tidak dilakukan =0

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		prosedur keperawatan			<i>Authority :</i> Baik bila skor : 8 – 10 Cukup bila skor : 4 – 7 Kurang bila skor : 0 -3 Bobot : Dilakukan 3-4, Tidak dilakukan = 0
		e. Menyepakati jadwal supervisi			
		f. Meminta perawat mempersiapkan kesiapan prosedur PPI sesuai SPO			
		g. menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang disiapkan			
		h. menanyakan prinsip prosedur tindakan PPI sesuai SPO			
		i. menanyakan perasaan perawat setelah disupervisi			
		j. menanyakan apakah prosedur dalam SPO ada yang terlewat oleh perawat			
		k. Melakukan semua prosedur sesuai dengan SPO			
Y1.2 Supervisi kepatuhan perawat dalam PPI (<i>Feedback</i>)	Melakukan observasi terhadap supervisor dalam melakukan supervisi <i>Feedback</i> terhadap	a. Menyampaikan Evaluasi Penilaian	Ceklist	Ordinal	Total Skor 30 Baik = Skor 21 - 30 Cukup = Skor 11 -20 Kurang = Skor 0 -10 <i>Responsibility :</i> Baik bila :
		b. Menyampaikan prosedur mana yang sudah sesuai			

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
	kepatuhan perawat dalam PPI : Responsibility , acountability, authority	SPO dan mana yang belum sesuai c. Menyampaikan evaluasi penilaian d. Melakukan validasi dengan perawat yang dilakukan <i>feedback</i> e. Melakukan semua prosedur sesuai dengan SPO			Jika total skor 7-10 Cukup bila : Jumlah Skor 4 - 6 Kurang bila : Jumlah Skor = 0 - 3 Bobot : Dilakukan 2-3, Tidak dilakukan = 0 <i>Accountability</i> : Baik bila skor : 7 - 10 Cukup bila skor : 4 - 6 Kurang bila skor : 0 -3 Bobot : Dilakukan 3-4, Tidak dilakukan = 0 <i>Authority</i> : Baik bila skor : 8 - 10 Cukup bila skor : 4 - 7 Kurang bila skor : 0 -3 Bobot : Dilakukan 3-4, Tidak dilakukan = 0
Y1.3 Supervisi kepatuhan perawat dalam PPI (<i>Follow Up</i>)	Melakukan observasi terhadap supervisor dalam melakukan supervisi <i>Follow Up</i> terhadap kepatuhan perawat dalam PPI : <i>Responsibility</i> , <i>accountability</i> , <i>authority</i>	a. Menentukan jadwal untuk perbaikan b. Bersama perawat membuat jadwal untuk pelaksanaan supervisi kembali sebagai perbaikan c. Melakukan semua prosedur sesuai dengan SPO d. Menutup Diskusi	Ceklist	Ordinal	Total Skor 30 Baik = Skor 21 - 30 Cukup = Skor 11 -20 Kurang = Skor 0 -10 <i>Responsibility</i> : Baik bila : Jika total skor 7-10 Cukup bila : Jumlah Skor 4 - 6 Kurang bila : Jumlah Skor = 0 - 3 Bobot : Dilakukan 3-4, Tidak dilakukan =

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		e. Melaporkan kepada atasan			0 <i>Accountability :</i> Baik bila skor : 8 – 10 Cukup bila skor : 4 – 7 Kurang bila skor : 0 -3 Bobot : Dilakukan 3-4, Tidak dilakukan = 0 <i>Authority :</i> Baik bila skor : 8 – 10 Cukup bila skor : 4 – 7 Kurang bila skor : 0 -3 Bobot : Dilakukan 3-4, Tidak dilakukan = 0
Y2. Kepatuhan Perawat	Patuhnya perawat dalam pelaksanaan PPI sesuai dengan SPO	a. Patuh mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan b. Patuh menggunakan APD saat melakukan tindakan c. Patuh terhadap penggunaan prinsip steril saat melakukan tindakan d. Patuh mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya	Lembar Observasi	numerik	1 = Tidak Patuh 2 = Patuh
Y3. Kejadian Phlebitis					
Y3.1 Penurunan angka kejadian Phlebitis Bakterial	Observasi Jumlah Pasien yang mengalami Phlebitis Bakterial	Penurunan jumlah kejadian phlebitis Bakterial di ruang rawat inap yang di gunakan sebagai lahan dalam penelitian	Ceklist	Ordinal	Phlebitis = 3 Tanda awal Phlebitis = 2 Tidak Phlebitis = 1

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Y3.2 Penurunan angka kejadian Phlebitis Kimiawi	Observasi Jumlah Pasien yang mengalami Phlebitis Kimiawi	Penurunan jumlah kejadian phlebitis kimiawi di ruang rawat inap yang di gunakan sebagai lahan dalam penelitian	Ceklist	Ordinal	Phlebitis = 3 Tanda awal Phlebitis = 2 Tidak Phlebitis = 1
Y3.3 Kejadian Phlebitis	Observasi Jumlah Pasien yang mengalami Phlebitis Mekanikal	Kejadian Phlebitis : - Nyeri sepanjang kanul - Kemerahan - Pembengkakan - Vena terasa keras - Pireksia Tanda awal Phlebitis : - Sedikit nyeri dekat IV line - Sedikit kemerahan dekat IV line Tidak ada tanda Phlebitis : - IV line Nampak sehat	Ceklist	Ordinal	Phlebitis = 3 Tanda awal Phlebitis = 2 Tidak Phlebitis = 1

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel eksogen yaitu. Kuesioner untuk mengukur variabel endogen yaitu : Karakteristik organisasi (kepemimpinan, lingkungan, struktur dan proses), karakteristik individu (pengetahuan, keahlian, kemampuan, motivasi, budi pekerti, nilai dan norma), Karakteristik pekerjaan. Kuesioner untuk mengukur variabel endogen yaitu tahap pengembangan model *fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat Pada Penerapan PPI.

2. Kuesioner demografi dan informasi kesehatan

Kuesioner yang pertama berisi tentang data umur responden, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan lama menjadi perawat.

3. Kuesioner variabel eksogen

Kuesioner untuk mengukur variabel eksogen meliputi faktor Kuesioner untuk mengukur variabel endogen yaitu : Karakteristik organisasi (Budaya organisasi), karakteristik individu (komitmen, mental mode, motivasi dan sikap), Karakteristik pekerjaan (umpan balik, variasi tugas). Daftar pertanyaan sebagaimana tertera dalam tabel berikut:

Tabel 4.5 *Blueprint* kuisisioner Karakteristik organisasi

Variabel	Indikator	Nomor pernyataan
Karakteristik Organisasi	Pelatihan dan pengembangan	1,2,3,4
	Kepemimpinan	1,2,3,4,5,6
	Struktur Organisasi	1,2,3,4,5,6

Variabel karakteristik organisasi terdiri dari 3 sub variabel yaitu Pelatihan dan pengembangan 4 pertanyaan, kepemimpinan 6 pertanyaan, struktur organisasi 6 pertanyaan.

Kriteria penilaian adalah sebagai berikut:

tiap item diberi skor dalam 4 jenis yaitu : Selalu = 4, sering = 3, kadang kadang = 2, tidak pernah = 1. kemudian untuk interpretasi skor kita cari nilai σ dan nilai μ . dengan cara :

Mencari rentang minimum dan rentang maksimum kemudian dimasukan kedalam rumus sebagai berikut.

$$\sigma = \frac{\text{Rentang maksimum}}{\text{Rentang minimum}}$$

$$\mu = \frac{\text{jumlah jenis skor}}{\text{Jumlah item skor}} \times \text{Jumlah pernyataan}$$

Jadi Kriteria penilaian hasil penelitian berdasarkan kategori adalah :

Baik : $(\mu + 1,0. \sigma) \leq$

Cukup : $(\mu - 1,0. \sigma) \leq (\mu + 1,0. \sigma)$

Kurang : $X > (\mu - 1,0. \sigma)$

Tabel 4. 6 *Blueprint* kuisioner Karakteristik Individu

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Karakteristik individu	1. Pengetahuan	1,2,3,4,,5,6,7,8,9,10
	2. Kemampuan	1,2,3,4,5,6
	3. Motivasi	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

Variabel karakteristik individu terdiri dari 3 indikator: pengetahuan 10 pertanyaan, kemampuan 6 pertanyaan, motivasi 10 pertanyaan.

Kriteria penilaian untuk pengetahuan adalah sebagai berikut:

Baik jika skor $\geq 75\%$

Cukup jika skor 50 – 74 %

Kurang jika skor $< 50\%$

sedangkan untuk kemampuan dan motivasi Kriteria penilaian adalah sebagai berikut:

tiap item diberi skor dalam 5 jenis yaitu : 1 = sangat tidak setuju, 2 = Tidak setuju, 3 = Kurang setuju 4 = setuju, 5 = sangat setuju. kemudian untuk interpretasi skor kita cari nilai σ dan nilai μ . dengan cara :

Mencari rentang minimum dan rentang maksimum kemudian dimasukan kedalam rumus sebagai berikut.

$$\sigma = \frac{\text{Rentang maksimum}}{\text{Rentang minimum}}$$

$$\mu = \frac{\text{jumlah jenis skor} \times \text{Jumlah pernyataan}}{\text{Jumlah item skor}}$$

Baik : $(\mu + 1,0. \sigma) \leq X$

Cukup : $(\mu - 1,0. \sigma) \leq (\mu + 1,0. \sigma)$

Kurang : $X > (\mu - 1,0. \sigma)$

Tabel 4.7 *Blueprint* Kuisisioner Karakteristik Pekerjaan

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Karakteristik Pekerjaan	1. Umpan balik	1,2,3,4
	2. Koreksi	1,2,3,4

Variabel karakteristik pekerjaan terdiri dari 2 indikator yaitu umpan balik terdapat 4 pertanyaan dan koreksi terdapat 4 pernyataan

Kriteria penilaian adalah sebagai berikut:

tiap item diberi skor dalam 4 jenis yaitu : Selalu = 4, sering = 3, kadang kadang = 2, tidak pernah = 1. kemudian untuk interpretasi skor kita cari nilai σ dan nilai μ .

dengan cara :

Mencari rentang minimum dan rentang maksimum kemudian dimasukan kedalam rumus sebagai berikut.

$$\sigma = \frac{\text{Rentang maksimum}}{\text{Rentang minimum}}$$

$$\mu = \frac{\text{jumlah jenis skor} \times \text{Jumlah pernyataan}}{\text{Jumlah item skor}}$$

Baik : $(\mu + 1,0. \sigma) \leq X$

Cukup : $(\mu - 1,0. \sigma) \leq (\mu + 1,0. \sigma)$

Kurang : $X > (\mu - 1,0. \sigma)$

Tabel 4. 8 *Blueprint* kuisisioner Supervisi *fair feedback follow up*

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan
Supervisi fair feedback follow up	1. <i>Fair</i> (RAA)	a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k
	2. <i>Feedback</i> (RAA)	a,b,c,d,e,f,g,h,I,j
	3. <i>Follow up</i> (RAA)	a,b,c,d,e,f,g,h,i

Variabel Supervisi fair feedback follow up terdiri dari 3 indikator: Fair (penilaian supervisi) terdiri dari 11 pertanyaan, *feedback* terdiri dari 5 pertanyaan, *Follow up* terdiri dari 5 pertanyaan.

Kriteria penilaian adalah sebagai berikut:

tiap item diberi skor dalam 4 jenis yaitu : Selalu = 4, sering = 3, kadang kadang = 2, tidak pernah = 1. kemudian untuk interpretasi skor kita cari nilai σ dan nilai μ . dengan cara :

Mencari rentang minimum dan rentang maksimum kemudian dimasukan kedalam rumus sebagai berikut.

$$\sigma = \frac{\text{Rentang maksimum}}{\text{Rentang minimum}}$$

$$\mu = \frac{\text{jumlah jenis skor}}{\text{Jumlah item skor}} \times \text{Jumlah pernyataan}$$

$$\text{Baik} : (\mu + 1,0. \sigma) \leq X$$

$$\text{Cukup} : (\mu - 1,0. \sigma) \leq (\mu + 1,0. \sigma)$$

$$\text{Kurang} : X > (\mu - 1,0. \sigma).$$

Tabel 4.9 *Blueprint* observasi Kepatuhan perawat

Variabel	Indikator	Nomor Parameter
Kepatuhan perawat	1. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	a, b, c, d, e
	2. Alat pelindung diri	a, b, c, d, e
	3. Prinsip steril dalam tindakan	a,b,c
	4. Mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya	a,b,c

Variabel Kepatuhan terdiri dari 1 sub variabel 4 parameter. tiap item diberi skor dalam 2 jenis yaitu 1 Tidak patuh , 2 patuh.

Tabel 4.10 *Blueprint* observasi kejadian phlebitis

Variabel	Indikator	Nomor Parameter
Kejadian phlebitis	1. Phlebitis	1,2,3,4,5

2.	Tahap awal phlebitis	1,2,3
3.	Tidak ada tanda Phlebitis	1

Variabel kejadian phlebitis terdiri dari 1 sub variabel 3 parameter. tiap item diberi skor dalam 3 jenis yaitu 3 Tidak ada tanda phlebitis , 2 Tahap awal phlebitis, 1 Phlebitis.

4.5.1 Uji Validitas dan reliabilitas

5. Sebelum melakukan penelitian, alat ukur diuji coba terlebih dahulu. Uji coba alat ukur dilakukan dengan menyebar kuesioner kepada sejumlah partisipan yang bukan subjek pada penelitian ini untuk menguji validitas dan reliabilitas instrument maka dilaksanakan uji coba terhadap 43 responden di RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Responden dalam uji coba kuesioner ini tidak termasuk responden penelitian.
6. Uji validitas pada penelitian ini dilakukan dengan analisis faktor menggunakan alat bantu SPSS. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui apakah pernyataan pada kuesioner layak untuk diteliti. Pernyataan dinyatakan valid atau layak apabila $r\text{-hitung} > r\text{-tabel}$.
7. Hasil uji coba ukur selanjutnya dianalisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur. Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan instrumen dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2016). Pentingnya uji validitas adalah untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah dengan menghitung

korelasi antar data pada masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi product moment sebagai berikut:

8. Item instrumen dianggap valid jika $> 0,05$ atau bisa membandingkannya dengan r tabel. Jika r hitung $> r$ tabel maka item instrumen dianggap valid.
9. Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang digunakan memiliki konsistensi, stabilitas dan akurat (Anastasia dan Urbina, 1997). Untuk uji reliabilitas dilakukan pengujian berdasarkan konsistensi internal dari skala dengan tehnik Cronbach Alpha (α) dengan $\alpha > 0,50$ (Ghozali, 2005). Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2016). Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data konsisten. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan alpha cronbach diukur berdasarkan skala alpha cronbach 0 sampai 1. Item kuesioner dianggap reliabel jika ukuran kemantapan alpha $> 0,6$. Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan rentang yang sama, maka ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan sebagai berikut:
 4. Nilai alpha Cronbach 0,00 s.d 0,20, berarti kurang reliabel
 5. Nilai alpha Cronbach 0,21 s.d 0,40, berarti agak reliabel
 6. Nilai alpha Cronbach 0,41 s.d 0,6, berarti cukup reliabel
 4. Nilai alpha Cronbach 0,61 s.d 0,80, berarti reliabel
 5. Nilai alpha Cronbach 0,81 s.d 1,00, berarti sangat reliabel.

Hasil uji validitas reabilitas terdapat pada lampiran penelitian ini.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUD. dr. R.Koesma Tuban yang memiliki perawat sesuai kriteria inklusi dengan waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan Januari 2018 sampai dengan bulan April 2018.

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (2017 – 2018)											
		Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli		
		„17	„17	„18	„18	„18	„18	„18	„18				
1	Penyusunan praproposal	■											
2	Ujian praproposal		■										
3	Ujian proposal tesis			■									
4	Uji etik			■	■								
5	Penelitian tahap 1				■	■							
6	Penelitian tahap 2						■	■					
7	Penyusunan tesis					■	■	■	■				
8	Uji hasil									■			
9	Uji tesis									■	■		

4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Tahap 1

Sebelum memulai pengumpulan data, peneliti memenuhi syarat administratif dengan mengurus surat ijin penelitian kepada direktur RSUD. dr.R. Koesma Tuban. Setelah jawaban dari surat pengambilan data diterima, maka peneliti menemui koordiantor diklat dan pejabat terkait dengan penelitian untuk mendapatkan keterangan secara teknis penelitian. Peneliti akan memberikan penjelasan dan menyerahkan proposal penelitian.

Penjelasan tentang proses penelitian dan permintaan persetujuan kepada partisipan dilakukan sebelum pengambilan data. Selanjutnya pada partisipan yang telah

menandatangani surat persetujuan maka peneliti melakukan pengumpulan data penelitian pada tahap pertama yang dilakukan dengan menggunakan kuesioner mengenai karakteristik organisasi, karakteristik individu perawat, karakteristik pekerja dan supervisi *fair feedback follow up*. Hasil analisa data yang didapat dari penghitungan skor kuesioner akan dideskripsikan dalam frekuensi, persentase dan *mean*. *Issue* strategis disimpulkan dari hasil analisa data pada tahap 1 yang memenuhi persyaratan yaitu luas cakupan masalah, topik masalah yang sedang trend, memiliki keterkaitan yang luas dan menyangkut banyak pihak, mengandung resiko dan kemungkinan menimbulkan kerugian besar. Pengambilan data dilakukan diluar jam kerja supaya tidak mengganggu aktifitas. Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan metode FGD yang dilaksanakan pada tanggal 23 Februari 2018 dan dihadiri oleh kepala bidang keperawatan, kepala keperawatan IRNA, kepala keperawatan IRJ, kasi renbang pelayanan keperawatan, kasi monev pelayanan keperawatan, kepala ruangan perawatan tempat penelitian dan perwakilan perawat pelaksana dari masing-masing ruangan. Observasi selama diskusi berlangsung diamati, dicatat dan direkam melalui media audio dan audiovisual untuk meningkatkan ketekunan pengamatan dan mendapatkan data yang akurat dalam memahami konteks diskusi.

Tahap 2

Hasil identifikasi kuesioner yang dibagikan dan masukan dari FGD dirumuskan dan selanjutnya disusun modul supervisi *fair feedback follow up* dalam upaya peningkatan Kepatuhan pelaksanaan Prosedur PPI. Setelah modul siap digunakan maka peneliti akan mulai melakukan uji coba pada perawat kelompok perlakuan. Peneliti memberikan *pre test* kepada perawat pelaksana di kelompok perlakuan

dan kontrol, kemudian memberikan penjelasan kepada responden tentang penggunaan modul, dan melakukan pelatihan kepada kelompok perlakuan sebanyak 2 kali pertemuan selama satu minggu. Hasil pelatihan akan dinilai dari *post test*. Peneliti menganalisis hasil evaluasi uji coba modul. Hasil evaluasi dari kuesioner maupun dari FGD digunakan untuk membuat rekomendasi.

4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan ditabulasi yaitu dengan menyusun data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan dilanjutkan dengan analisis.

4.8.1 Analisa Deskriptif

Pada penelitian ini akan dilakukan analisa deskriptif pada semua variabel penelitian, dengan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing-masing variabel dan deskripsi kategori dengan pendekatan analisis baris kolom, tabulasi silang.

4.8.2 Teknik Analisis Inferensial

Tahap kedua yaitu penyusunan model dengan melihat hasil permodelan *Partial least Square* (PLS).

Analisis yang digunakan adalah dengan menggunakan pendekatan PLS (*Partial Least Square*). Dengan menggunakan PLS dimungkinkan melakukan permodelan persamaan struktural dengan ukuran sampel relatif kecil dan tidak membutuhkan asumsi normal multivariat. PLS merupakan metode yang analisis yang kuat karena dapat diterapkan pada semua skala data, tidak membutuhkan banyak asumsi dan ukuran sampel tidak harus besar. PLS selain dapat digunakan sebagai konfirmasi teori juga dapat digunakan untuk membangun hubungan yang

belum ada landasan teorinya atau untuk pengujian proposisi. Langkah-langkah permodelan persamaan struktural berbasis PLS adalah sebagai berikut:

(1) Evaluasi model pengukuran atau *outer* model

Model pengukuran atau *outer* model dengan indikator reflektif dievaluasi berdasarkan hasil *validity* dan *reliability* indikator. Indikator dianggap valid jika memiliki nilai *outer loading* diatas 0,5 dan nilai *t-statistic* diatas 1,96. *reliability* menguji nilai reliabilitas indikator dari kontrak yang membentuknya. Namun, dalam uji kali ini *outer* model tidak dilakukan, dikarenakan uji validitas indikator sudah dilakukan dnegan uji *pearson product moment* dan uji reliabilitas konstruk dari indikator sudah dilakukan dengan *cronbach alpha*.

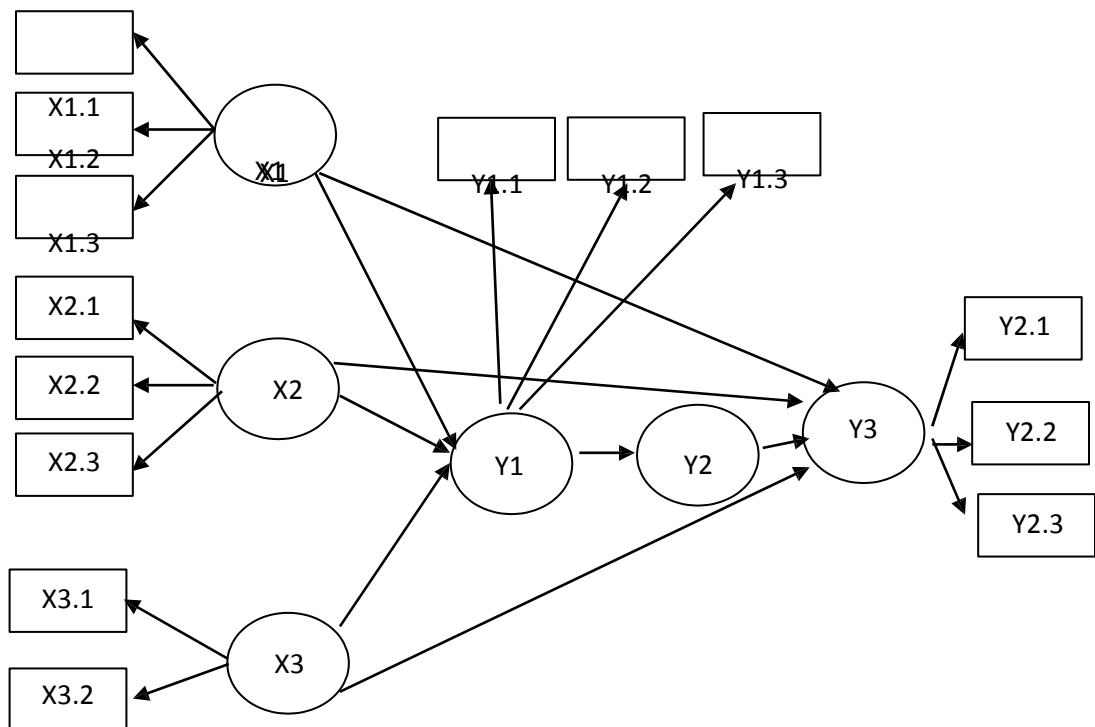
(2) Evaluasi model struktural atau *inner* model

Evaluasi *inner* model bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel didalam penelitian, yaitu dengan mendapatkan nilai *R square* atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model, atau besarnya pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai Q^2 atau relevansi prediksi. Apabila diperoleh nilai Q^2 lebih besar dari nol dan mendekati 1, hal tersebut memberikan bukti bahwa model memiliki *predictive relevance* namun apabila diperoleh Q^2 dibawah nol maka terbukti bahwa model tidak memiliki *predictive relevance*.

(3) Pengujian hipotesis

Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji statistik t test.

4.8.3 Kerangka Analisis Diagram Jalur model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.



Gambar 4.2 Kerangka Analisis Diagram Jalur model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

Keterangan:

Model Supervisi fair feedback follow up Terhadap Kepatuhan Perawat Pada penerapan PPI merupakan *blended* dari teori faktor penentu produktifitas dalam organisasi Komplan dan efektifitas Gibson. (X1) terdiri dari tiga indikator yaitu pelatihan dan pengembangan(X1.1), kepemimpinan (X1.2), Struktur Organisasi

(X1.3). X3). karakteristik organisasi (X2) yang terdiri dari tiga indikator yaitu pengetahuan (X2.1), kemampuan (X2.2) dan motivasi (X2.3). Karakteristik pekerjaan (X3) yang terdiri dari dua indikator yaitu umpan balik (X3.1) dan koreksi (X3.2). (Y1) yang terdiri dari tiga indikator yaitu *Fair* (Y1.1), *Feedback* (Y1.2), *follow up* (Y1.3), (Y2) yang terdiri dari indikator kepatuhan perawat terhadap PPI, (Y3) terdiri dari tiga indikator yaitu kejadian phlebitis bacterial (Y3.1), kejadian phlebitis mekanikal (Y3.2), Kejadian phlebitis kimiawi (Y3.3)

4.9 Etik Penelitian

Penelitian memiliki beberapa prinsip etika yaitu: (1) prinsip manfaat, (2) prinsip menghargai hak-hak subyek, (3) prinsip keadilan. Oleh karena itu, dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti telah mendapat surat layak etik dari komisi etik kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga No : 641-KEPK dan rekomendasi dari Program Magister Keperawatan Unair dan permintaan ijin ke RSUD. dr. R. Koesma Tuban. Setelah mendapat persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi:

4.9.1 *Informed Consent* (lembar persetujuan) menjadi responden

Lembar persetujuan ini diberikan kepada perawat di RSUD. dr. R. Koesma Tuban dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang terjadi bila menjadi responden. Lembar persetujuan ini diisi secara suka rela oleh responden. Namun, apabila tidak bersedia maka peneliti akan tetap menghormati hak-haknya. Pada tahap 1 lembar persetujuan diberikan kepada responden yaitu 144 perawat yang ada di RSUD. dr. R.Koesma Tuban, kemudian pada tahap 2 informed consent diberikan kepada peserta FGD.

4.9.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Namun, untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.9.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Peneliti hanya akan menyajikan informasi terutama dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Bab ini menguraikan mengenai hasil penelitian yang meliputi gambaran secara umum lokasi penelitian, dan faktor yang diteliti diantaranya, faktor karakteristik organisasi yaitu pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan dan struktur organisasi; faktor karakteristik individu, pengetahuan, kemampuan dan motivasi; faktor karakteristik pekerjaan yaitu umpan balik dan koreksi; dan supervisi *fair feedback follow up*.

5.1 Data Umum

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD dr. R. Koesma Tuban terletak di Jalan Dr. Wahidin Sudiro Husodo 800 Tuban merupakan Rumah Sakit tipe B dengan kapasitas 301 tempat tidur dan merupakan satu-satunya Rumah Sakit milik pemerintah Kabupaten Tuban yang memberikan pelayanan kepada masyarakat umum dan terbagi menjadi 14 ruangan, yaitu: Graha Aryo Tedjo, Ruang Anggrek (untuk pasien dengan penyakit saraf), Ruang Teratai (untuk pasien perempuan dengan penyakit dalam), Ruang Teratai (untuk pasien laki-laki dengan penyakit dalam), Ruang Bougenfil (untuk pasien bedah laki-laki), Ruang Teratai (untuk pasien bedah perempuan), Ruang Mawar (untuk pasien dengan penyakit paru-paru), Ruang Melati (untuk pasien anak kelas 2 dan 3), Ruang Flamboyan (untuk pasien nifas), Ruang Anyelir (untuk pasien anak kelas 1), Ruang ICU, Ruang HCU, Ruang Perinatologi dan VK Obsgin.

5.1.2 Visi dan Misi RSUD dr. R. Koesma Tuban

Visi RSUD. dr. R. Koesma Tuban adalah menjadi pusat rujukan dan pelayanan kesehatan yang profesional dengan mengutamakan kepuasan dan keselamatan pasien.

Misi RSUD dr. R. Koesma Tuban, adalah 1) Meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien; 2) Meningkatkan kompetensi dan kesejahteraan sumber daya manusia; 3) Meningkatkan sarana, prasarana dan peralatan yang canggih dan berkualitas sesuai dengan standar; 4) Menyelenggarakan pengelolaan Rumah Sakit secara transparan, akuntabel, efisien, dan efektif.

Motto RSUD dr. R. Koesma Tuban adalah peduli dan ramah. Tujuan RSUD dr. R. Koesma Tuban adalah 1) tercapainya kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan yang terakreditasi; 2) terpenuhinya pelayanan sesuai standar melalui tenaga profesional dan terlatih; 3) tercapainya RSUD dr. R. Koesma menjadi pusat rujukan daerah sekitar; 4) terwujudnya tarif layanan yang kompetitif dan terjangkau bagi masyarakat.

Pelayanan kesehatan di ruang rawat inap RSUD dr. R. Koesma Tuban didukung oleh tenaga medis sebanyak 373 orang, tenaga keperawatan sebanyak 258 orang, bidan 27 orang, anastesi 5 orang, tenaga kefarmasian sebanyak 18 orang, tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 6 orang, tenaga gizi sebanyak 9 orang, tenaga keterampilan fisik sebanyak 4 orang, tenaga keteknisan fisik sebanyak 28 orang dan tenaga non medis sebanyak 191 orang.

Kebijakan Mutu RSUD dr. Koesma Kabupaten Tuban menyatakan komitmennya bahwa:

1. Setiap pegawai mulai dari direktur sampai dengan pelaksana harus terlibat dan berkontribusi dalam program peningkatan mutu serta harus memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan sesuai dengan tugas masing-masing, memastikan bahwa setiap pegawai memenuhi tuntutan / kebutuhan pelanggan sejak awal, setiap saat dengan tetap berpegang teguh dengan visi, misi, dan tujuan RSUD. dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.
2. Semua pelayanan tanpa terkecuali harus memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan secara rasional maupun internasional. Yang dikemas sesuai dengan kebutuhan pelanggan demi terwujudnya pelayanan yang bermutu di RSUD. dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.
3. Semua pegawai melaksanakan pekerjaan masing-masing dengan benar dan tepat sejak awal.
4. Pelayanan yang diberikan kepada pelanggan harus efisien namun tanpa cacat ataupun kegagalan serta memenuhi kebutuhan serta keinginan pelanggan.

5.2 Hasil Penelitian

Penelitian tahap 1 ini dilaksanakan pada tanggal 5 Februari sampai dengan 16 Maret 2018, dengan melibatkan responden sejumlah 144 responden yang ada di 14 ruangan rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban (asoka, teratai, dahlia, bougenvil, melati, anyelir, mawar, HCU, ICU, flamboyan, angrek, perinatologi, graha arya teja, IBS).

Kriteria yang ditetapkan dalam pengambilan sampel adalah:

- 1) Perawat dengan minimal kerja 3 bulan
- 2) Perawat tersebut sehat secara fisik dan mental
- 3) Perawat yang masih menjalani kontrak.
- 4) Telah mendapatkan SK sebagai perawat di RSUD. dr. R.Koesma Tuban

Karakteristik demografi responden di ruang rawat inap RSUD.dr. R. Koesma Tuban, karakteristik perawat yang menjadi responden penelitian Tahap I dapat dilihat pada tabel 5.1 :

Tabel 5.1 Data Demografi Responden Tahap I

No	Karakteristik Individu	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin		
	Pria	61	42,4
	Perempuan	83	57,6
	Total	144	100
2.	Usia		
	20-25	34	23,6
	26-30	47	32,6
	31-40	50	34,7
	>40	13	9
	Total	144	100
3.	Masa kerja		
	< 1 Tahun	16	11,1
	1-5 Tahun	53	36,8
	5-10 Tahun	30	20,8
	10 – 15 Tahun	17	11,8
	>15 Tahun	28	19,4
	Total	144	100
4	Status Kepegawaian		
	Pegawai Tetap	49	34
	Pegawai Kontrak	92	63,9
	Pegawai Magang	3	2,1
	Total	144	100
5.	Pendidikan Terakhir		
	D3 Keperawatan	78	54,2
	S1 Keperawatan + Ners	66	45,8
	Total	144	100

Tabel 5.1 Menginformasikan tentang karakteristik responden dilihat dari segi Jenis kelamin, usia, masa kerja, status kepegawaian dan pendidikan terakhir perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban, didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden 57,6% adalah perempuan, hampir setengahnya 34,7 % responden berusia 31- 40 tahun, hampir setengahnya

responden 36,8% lama kerja 1-5 tahun, sebagian besar responden 63,9% status kepegawaianya pegawai kontrak, sebagian besar pendidikan terakhir 54,2% adalah DIII Keperawatan.

Hal tersebut menunjukkan bahwa responden termasuk dalam kategori usia produktif dengan pengalaman kerja cukup sehingga bisa memberikan gambaran tentang pelaksanaan kegiatan supervisi untuk peningkatan kepatuhan perawat terhadap PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

5.2.1 Faktor Organisasi Terhadap Penilaian Supervisi di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Sub variabel karakteristik organisasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan, dan struktur organisasi. berikut adalah jawaban responden pada sub variabel factor organisasi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.2 Karakteristik Faktor Organisasi Perawat di RSUD. dr R. Koesma Tuban dalam Pengembangan Model Supervisi Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis Di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.

No	Variabel Karakteristik Organisasi (X1)	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		(f)	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Pelatihan dan Pengembangan	54	37,5	56	38,9	34	23,6	144	100
2	Kepemimpinan	50	34,7	63	43,8	31	21,5	144	100
3	Struktur Organisasi	51	35,4	64	44,4	29	20,1	144	100

Tabel 5.2 Menunjukkan bahwa faktor karakteristik organisasi yang terdiri dari sub variabel pelatihan dan pengembangan hampir setengahnya dalam kategori cukup yaitu sebanyak 56 orang (38,9%), sub variabel kepemimpinan

hampir setengahnya responden dalam kategori cukup 63 orang (43,8%) dan sub variabel struktur organisasi hampir setengahnya dalam kategori cukup 64 orang (44%).

5.2.2 Faktor Individu terhadap Penilaian Pelaksanaan Supervisi Diruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Sub variabel karakteristik individu yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengetahuan, kemampuan, dan motivasi. berikut adalah jawaban responden pada sub variabel faktor individu dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.3 Karakteristik Faktor Individu Perawat di RSUD. dr R. Koesma Tuban dalam Pengembangan Model Supervisi Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis Di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.

No	Variabel Karakteristik Individu (X2)	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		(f)	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Pengetahuan	65	45,1	46	31,9	33	22,9	144	100
2	Kemampuan	55	38,2	59	41	30	20,8	144	100
3	Motivasi	51	35,4	63	43,8	30	20,8	144	100

Tabel 5.3 Menunjukkan bahwa faktor karakteristik individu yang terdiri dari sub variabel pengetahuan hampir setengahnya dalam kategori baik yaitu sebanyak 65 orang (45,1%), sub variabel kemampuan hampir setengahnya responden dalam kategori cukup 59 orang (41%) dan sub variabel motivasi hampir setengahnya dalam kategori cukup 63 orang (43,8%).

5.2.3 Faktor Pekerjaan terhadap Penilaian Pelaksanaan Supervisi Diruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Sub variabel karakteristik pekerjaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah umpan balik, dan koreksi. berikut adalah jawaban responden pada sub variabel faktor pekerjaan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.4 Karakteristik Faktor Pekerjaan Perawat di RSUD. dr R. Koesma Tuban dalam Pengembangan Model Supervisi Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis Di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.

No	Variabel Karakteristik Pekerjaan (X3)	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang			
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
1	Umpan Balik	66	45,8	45	31,3	33	22,9	144	100
2	Koreksi	55	38,2	59	41	30	20,8	144	100

Tabel 5.4 Menunjukkan bahwa faktor karakteristik pekerjaan yang terdiri dari sub variabel umpan balik hampir setengahnya dalam kategori baik yaitu sebanyak 66 orang (45,8%), sub variabel koreksi hampir setengahnya responden dalam kategori cukup 59 orang (41%).

5.2.4 Pelaksanaan Supervisi *Fair, Feed Back, Follow Up*, di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Pelaksanaan Supervisi dengan penerapan model *Fair, Feed Back, Follow Up*, meliputi *Fair* (Penilaian), *Fedback* (pemberian umpan balik), dan *Follow Up* (rencana tindak lanjut), yang masing – masing aspek melalui tahapan peniaian Responsibility, Accountability dan Authority (R-A-A).

Tabel 5.5 Distribusi pelaksanaan *Supervisi Fair, Feedback, Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Up di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R.Koesma Tuban 4 Prebuari – 16 Maret 2018.

No	<i>Fair, Feedback, Follow Up</i>	Kategori						Total	
		Baik		Cukup		Kurang		(f)	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	<i>Responsibility</i> (R)	57	39,6	58	40,3	29	20,1	144	100
2	<i>Accountability</i> (A)	26	18,1	94	63,5	24	16,7	144	100
3	<i>Authotity</i> (A)	9	6,3	112	77,8	23	16	144	100

Berdasarkan Tabel 5.5 menunjukkan bahwa pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow up*, aspek *Responsibility* hampir setengahnya responden dalam kategori cukup sebanyak 58 orang (40,3%). Pada aspek *Accountability* sebagian besar responden pada kategori cukup sebanyak 94 orang (63,5%). dan pada aspek *Authotity* hamper seluruh responden dalam kategori cukup yaitu sebanyak 112 orang (77,8%).

5.2.5 Variabel Penilaian Kejadian Phlebitis

Variabel Penilaian Kejadian phlebitis terdiri dari 3 variabel, yaitu phlebitis bakterial, phlebitis mekanikal, phlebitis kimiawi.

Deskriptif hasil penelitian dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Variabel dan Sub Variabel Kejadian Phlebitis di RSUD. dr. R.Koesma Tuban Tahun 2018

No	Kejadian Phlebitis (Y2)	Kategori						Total	
		Tidak Phlebitis		Tahap Awal Phlebitis		Phlebitis		(f)	(%)
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)		
1	Bakterial	66	45,8	46	31,9	32	22,2	144	100
2	Mekanikal	55	38,2	60	41,7	29	20,1	144	100
3	Kimiawi	51	35,4	64	44,4	29	20,1	144	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa kejadian phlebitis di ruang rawat Inap RSUD.dr. R.Koesma Tuban, phlebitis bakterial hampir setengahnya responden dalam kategori Tidak Phlebitis 66 orang (45,8 %). Pada phlebitis mekanikal

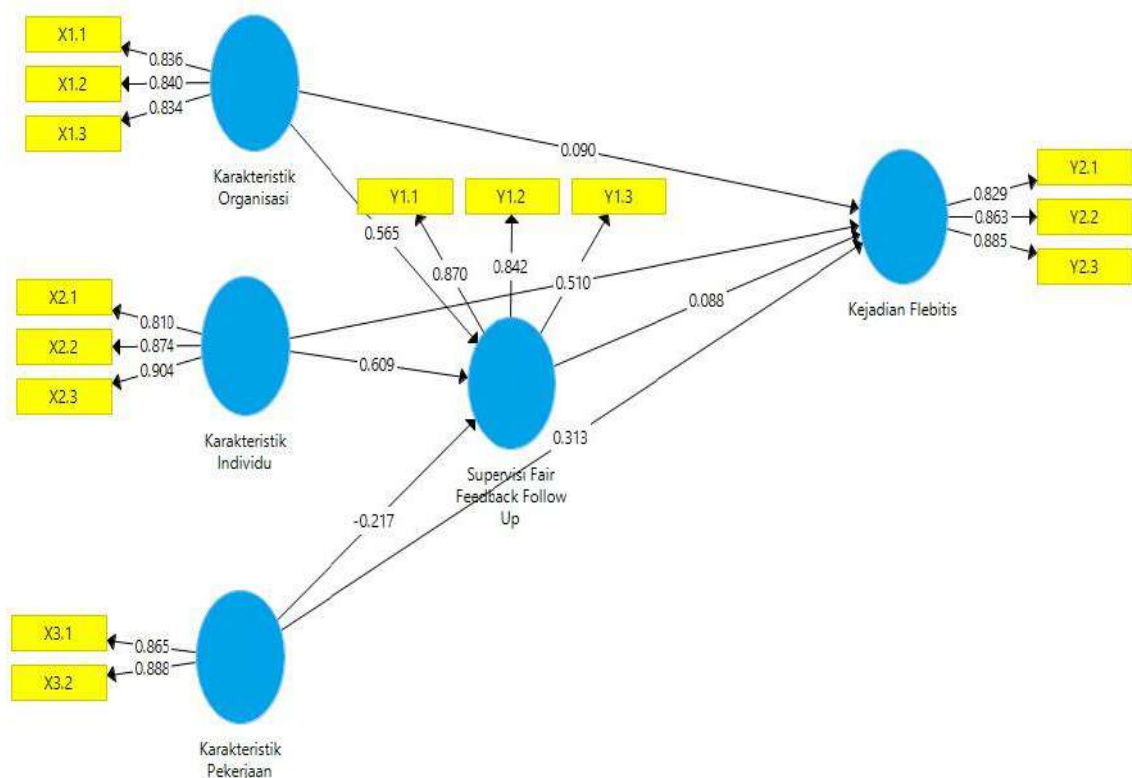
hampir setengahnya pada kategori tahap awal phlebitis sebanyak 60 orang (41,7%). dan pada phlebitis kimiawi hampir setengahnya responden dalam kategori tahap awal phlebitis yaitu sebanyak 64 orang (44,4 %).

5.2.6 Pengembangan model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

1. Evaluasi *outer model* (model pengukuran)

(1) Uji validitas (*convergen validity*)

Nilai *convergen validity* dapat dilihat dari nilai *outer loading*. Suatu indikator dikatakan memenuhi *convergen validity* jika memiliki nilai *outer loading* $> 0,5$. pada penelitian ini nilai *convergen validity* dapat dilihat pada gambar dan tabel berikut ini :



Gambar 5.1 Nilai *outer loading* pada model *supervisi fair feedback follow up* terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

Keterangan:

- X1.1 = Karakteristik Organisasi Pelatihan dan Pengembangan
- X1.2 = Karakteristik Organisasi Kepemimpinan
- X1.3 = Karakteristik organisasi Struktur Organisasi
- X2.1 = Karakteristik Individu Pengetahuan
- X2.2 = Karakteristik Individu Kemampuan
- X2.3 = Karakteristik Individu Motivasi
- X3.1 = Karakteristik Pekerjaan Umpan Balik
- X3.2 = Karakteristik Pekerjaan Koreksi
- Y1.1 = Superfisi *Fair Feedback Follow Up* (*Fair*/Penilaian)
- Y1.2 = Superfisi *Fair Feedback Follow Up* (*Feedback*/Umpan balik)
- Y1.3 = Superfisi *Fair Feedback Follow Up* (*Follow Up*/Perbaikan)
- Y2.1 = Kejadian Phlebitis Bakterial
- Y2.2 = Kejadian Phlebitis Mekanikal
- Y2.3 = Kejadian Phlebitis Kimiawi

Gambar 5.1 Nilai *Outer Loading* untuk semua indikator baik dari indikator untuk variabel laten seperti faktor karakteristik organisasi, karakteristik individu dan karakteristik pekerjaan, supervisi *fair feedback follow up* dan kejadian flebtis dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut :

Tabel 5.7 Hasil Validitas Konvergen Pengembangan Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan kejadian phlebitis.

Variabel	Indikator		<i>Outer loadings</i>	Keterangan
Karakteristik Organisasi	X1.1	Pelatihan dan pengembangan	0.836	Valid
	X1.2	Kepemimpinan	0.840	Valid
	X1.3	Struktur Organisasi	0.834	Valid
Karakteristik Individu	X2.1	Pengetahuan	0.810	Valid
	X2.2	Kemampuan	0.874	Valid
	X2.3	Motivasi	0.904	Valid
Karakteristik Pekerjaan	X3.1	Umpan Balik	0.865	Valid
	X3.2	Koreksi	0.888	Valid
Supervisi <i>Fair Feedback Follow Up</i>	Y1.1	<i>Fair</i>	0.870	Valid
	Y1.2	<i>Feedback</i>	0.842	Valid
	Y1.3	<i>Follow Up</i>	0.867	Valid
Kejadian Phlebitis	Y2.1	Bakterial	0.829	Valid
	Y2.2	Mekanikal	0.863	Valid
	Y2.3	Kimiawi	0.885	Valid

Berdasarkan tabel 5.7 di atas, dapat diketahui bahwa indikator semua valid sehingga tidak ada yang direduksi karena nilai *outer loadings* yang dihasilkan telah sesuai dengan kriteria yang diharapkan yaitu diatas 0,5. Hal ini menunjukkan bahwa indikator di dalam struktural telah memenuhi uji validitas.

(2) Uji reliabilitas (*composite reliability*)

Composite reliability menguji nilai reliabilitas indikator pada suatu konstruk. Suatu konstruk atau variabel dikatakan memenuhi uji reliabilitas jika memiliki nilai *composite reliability* > 0,7. dan nilai *crombath alpha* 0,6

Tabel 5.8 Hasil *Composite Reliability* Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. koesma Tuban.

Variabel	<i>Crombath Alpha</i>	<i>Composite reliability</i>	Keterangan
Karakteristik Individu	0.829	0.898	Reliabel
Karakteristik Organisasi	0.786	0.875	Reliabel
Karakteristik Pekerjaan	0.699	0.869	Reliabel
Superfisi Fair Feedback Follow UP	0.822	0.894	Reliabel
Kejadian Phlebitis	0.823	0.895	Reliabel

Nilai *composite reliability* dari setiap variabel penelitian menunjukkan nilai > 0,7. Nilai *crombath alpha* masing masing variabel juga menunjukan nilai > 0,6 Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel Karakteristik organisasi, Individu, Karakteristik Pekerjaan telah memenuhi uji reliabilitas.

(3) Evaluasi *inner model* (model struktural)

Evaluasi *inner model* digunakan untuk menguji hipotesis penelitian.

Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai $\alpha < 0,5$, nilai koefisien jalur dan nilai *p. value* pada *inner model* disajikan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Hasil Uji Hipotesis Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Hubungan antar variabel	Original Sampel	Standart deviasi	<i>T Statistic</i>	<i>P. Value</i>	Ket
Karakteristik Organisasi terhadap Kejadian Phlebitis	0.090	0.078	1.153	0.249	Tidak Sig.
Karakteristik Organisasi terhadap Supervisi Fair Feedback Follow Up	0.565	0.072	7.849	0.000	Sig.
Karakteristik Individu Terhadap Kejadian Phlebitis	0.510	0.172	2.958	0.003	Sig.
Karakteristik Individu terhadap Supervisi Fair Feedback Follow Up	0.609	0.188	3.238	0.001	sig.
Karakteristik Pekerjaan terhadap Kejadian Phlebitis	0.313	0.147	2.131	0.034	Sig.
Karakteristik Pekerjaan terhadap Supervisi Fair Feedback Follow Up	-0.217	0.155	1.404	0.161	Tidak Sig.
Supervisi Fair Feedback Follow Up Terhadap Kejadian Phlebitis	0.088	0.082	1.082	0.280	Tidak Sig.

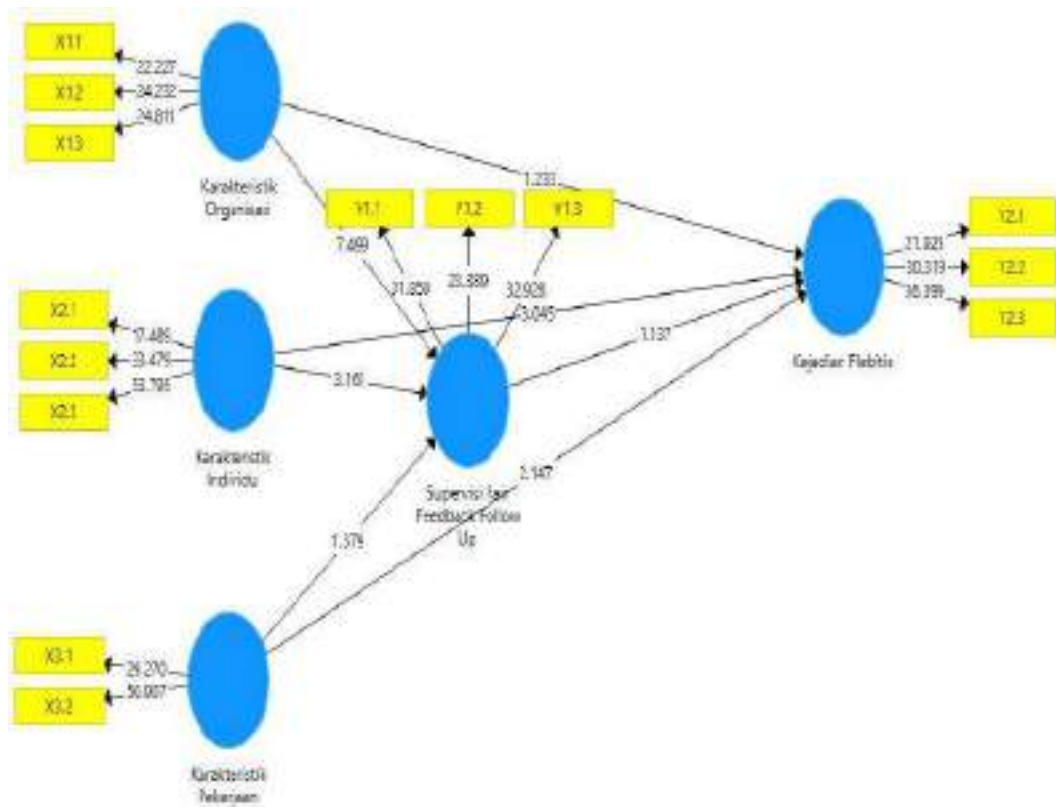
Keterangan:

- 1) Faktor organisasi berpengaruh negatif terhadap kejadian phlebitis dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.090 dan nilai $t = 1,153 < 1,96$

- 2) Faktor organisasi berpengaruh positif terhadap supervisi *fair, feedback, follow Up* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.565 dan nilai $t = 7,849 < 1,96$
- 3) Faktor Individu berpengaruh positif terhadap kejadian phlebitis dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,510 dan nilai $t = 2,958 > 1,96$
- 4) Faktor individu berpengaruh positif terhadap supervisi *fair, feedback, follow Up* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.609 dan nilai $t = 3,238 > 1,96$
- 5) Faktor pekerjaan berpengaruh positif terhadap kejadian phlebitis dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.313 dan nilai $t = 2.131 < 1,96$.
- 6) Faktor pekerjaan berpengaruh negatif terhadap supervisi *fair, feedback, follow Up* dengan nilai koefisien parameter sebesar -0.217 dan nilai $t = 1.404 < 1,96$.
- 7) Supervisi *fair feedback follow up* berpengaruh negatif terhadap kejadian phlebitis dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.088 dan nilai $t = 1.082 < 1,96$.

(4) Evaluasi Struktural Model

Penelitian ini menggunakan teknik analisa data PLS (*Partial Least Square*). Berdasarkan hasil pengolahan data terdapat evaluasi model struktural (*inner model*) untuk mengetahui ketetapan model. Sebelum evaluasi model dilakukan, dapat ditegaskan kembali bahwa instrumen penelitian sebagai alat pengumpul data adalah instrumen yang valid dan reliabel. Hasil analisis model dapat dipelajari pada gambar 5.2 sebagai berikut:



Gambar 5.2 Diagram Jalur Persamaan Struktural terhadap Indikator pada Tiap Variabel Laten sebelum Membuang Variabel yang Tidak Valid.

Berdasarkan gambar 5.2 hasil uji hipotesis dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) faktor Individu (pengetahuan, kemampuan dan motivasi) mempengaruhi kejadian phlebitis.
- 2) faktor Individu (pengetahuan, kemampuan dan motivasi) mempengaruhi pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow Up*.
- 3) Faktor organisasi (Pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan, struktur organisasi) tidak mempengaruhi kejadian phlebitis.
- 4) faktor organisasi (Pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan, struktur organisasi) mempengaruhi pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow Up*.
- 5) faktor pekerjaan (umpan balik, koreksi) mempengaruhi kejadian phlebitis.
- 6 faktor pekerjaan (umpan balik, koreksi) tidak mempengaruhi supervisi *fair, feedback, follow Up*.
- 7) Supervisi *fair feedback follow up* tidak berpengaruh terhadap kejadian phlebitis.

(5) *R Square*

Pengujian terhadap model struktural dilakukan dengan melihat *R Square* model pengaruh faktor karakteristik organisasi, faktor individu, dan faktor pekerjaan terhadap pelaksanaan *superfisi fair, feedback, followup* memberikan nilai *R Square* 0.875 dapat diinterpretasikan bahwa model pelaksanaan *superfisi fair, feedback, followup* yang dapat dijelaskan oleh variabel konstruk faktor organisasi, faktor individu dan faktor pekerjaan adalah 87,5 %. sedangkan 12,5 % dijelaskan oleh variabel konstruk faktor lain diluar yang diteliti. sedangkan Kejadian phlebitis memberikan *R Square* 0.930. dapat diinterpretasikan bahwa kejadian phlebitis yang dapat dijelaskan oleh variabel konstruk faktor organisasi, faktor individu dan faktor pekerjaan adalah 93 %. sedangkan 7 % dijelaskan oleh variabel konstruk faktor lain diluar yang diteliti.

(6) *Q Square Prediktive Relevance*

Untuk menghitung nilai Q^2 *Prediktive Relevance* digunakan rumus sebagai berikut :

$$Q^2 = 1 - (1 - R^2)$$

1) *Q Square Supervisi fair, feedback, follow up.*

$$Q^2 = 1 - (1 - R^2)$$

$$= 1 - (1 - 0,875^2) = 1 - (1 - 0,875) = 1 - 0,12 = 0,88$$

Q Square Prediktive Relevance sebesar 88% artinya model memiliki prediktif relevan.

2) *Q Square Kejadian Phlebitis*

$$Q^2 = 1 - (1 - R^2)$$

$$= 1 - (1 - 0,930^2) = 1 - (1 - 0,930) = 1 - 0,07 = 0,93$$

Q Square Prediktive Relevance sebesar 93 % artinya model memiliki prediktif relevan.

(7) Hasil *Focuss Group Discussion* Model supervisi *Fair, Feedback, Follow up*.

Setelah peneliti memperoleh hasil penelitian dan menentukan isu strategis dari kuesioner yang di isi oleh responden maka peneliti melakukan *Focuss Group Discussion (FGD)* yang dilakukan pada

- | | | |
|-------------|---|---|
| Hari | : | Rabu |
| Tanggal | : | 28 Februari 2018 |
| Jam | : | 13.00 – 15.00 WIB |
| Tempat | : | Ruang Bidang Keperawatan RSUD. dr. R. Koesma Tuban |
| Acara | : | <i>Focus Group Discussion (FGD)</i> |
| Peserta | : | Seluruh jajaran manajerial keperawatan di RSUD.dr. R. Koesma Tuban. |
| Fasilitator | : | Kepala Bidang Keperawatan RSUD.dr. R. Koesma Tuban |
| Tujuan | : | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengklarifikasi dan memvalidasi hasil temuan hasil penelitian dengan mengangkat isu dan stretegis 2. Memberikan rekomendasi solusi dari isu dan strategis yang diangkat 3. Sebagai masukan penyusunan modul yang akan dibuat oleh peneliti sehingga dapat diaplikasikan sebagai upaya peningkatan kepatuhan perwat terhadap pelaksanaan tindakan PPI sesuai dengan SPO |

Hasil temuan penting yang didapatkan pada FGD disajikan pada tabel 5.10 :

Tabel 5.10 Hasil *Focus Group Discussion* di RSUD. dr. R. Koesma Tuban

No	Isu Strategis	Penyebab	Hasil (FGD)	Telaah Peneliti
A	Faktor organisasi a. Pelatihan dan Pengembangan	Evaluasi berkaitan dengan penilaian dan harapan perawat terkait pelaksanaan pelatihan dan pengembangan yang belum terukur. belum ada laporan pelaksanaan kegiatan pelatihan dan pengembangan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian pelatihan kepada Supervisor sehingga mampu melakukan fungsi peran pengawasan dengan baik serta mampu dan cakap dalam memberikan umpan balik dan koreksi. 2. Pemberian Penjelasan kepada staf tentang pertimbangan yang digunakan terkait salah satu staf diikutkan dalam kegiatan seminar dan pelatihan 3. Memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan sikap. 4. Memberikan kesempatan kepada staf dan karyawan untuk mengikuti seminar dan pelatihan minimal 2 kali 1 tahun 5. Meningkatkan fungsi pengawasan oleh supervisor (pengawasan, pengarahan, bimbingan dan reinforcemen) 6. Menjadwalkan secara rutin dalam peningkatan pengetahuan perawat tentang berbagi informasi dalam bentuk inhouse training. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal rencana kendali pelatihan dan pengembangan perlu dibuat. 2. Mengatur jadwal pelatihan dan pengembangan dari Rumah Sakit Terkait
	b. Kepemimpin	Gaya kepemimpinan yang digunakan oleh supervisor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor dapat menerapkan gaya kepemimpinan bervariasi dan berbeda beda sesuai 	Belum semua perawat pelaksana mengerti dan memahami gaya

No	Isu Strategis	Penyebab	Hasil (FGD)	Telaah Peneliti
		belum di ukur	dengan situasi dan kondisi yang dihadapi. 2. Para perawat pelaksana sebagian besar menginginkan gaya kepemimpinan supervisor, selalu melibatkan bawahan, dimana dalam pengambilan keputusan dilakukan dengan cara musyawarah.	kepemimpinan yang di terapkan supervisor.
	c. Struktur Organisasi	1. Belum adanya laporan yang continue terkait kegiatan supervisi, kepatuhan perawat dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan SPO 2. Pengelolaan tugas tugas yang diberikan belum berdasarkan spesialisasi, walaupun sudah berstruktur jelas.	1. Sosialisasi standart pelaksanaan supervisi. kepada seluruh supervisor 2. Supervisor menjelaskan langkah langkah supervisi dan persamaan persepsi sebelum pelaksanaan supervisi. 3. Supervisor menentukan perawat yang akan di supervisi. 4. Supervisor menentukan SPO kegiatan yang akan di supervisi untuk persiapan perawat primer. 5. Supervisor berkomunikasi langsung dengan perawat primer tentang kegiatan yang akan di supervisi, sekaligus membuat kesepakatan jadwal. 6. Memberikan	1. Perlu sosialisasi tentang standart supervisi. 2. Perlu adanya komunikasi untuk menjelaskan langkah – langkah supervisi secara intensive antara supervisor dengan perawat.

No	Isu Strategis	Penyebab	Hasil (FGD)	Telaah Peneliti
			masukan kepada pihak manajemen keperawatan untuk menekankan pelaksanaan pengelolaan tugas berdasarkan spesialisasi	
2	Faktor Individu			
	a. Pengetahuan	Pengetahuan supervisor mengenai pelaksanaan supervisi belum terukur	1. Memaksimalkan peran manajemen dalam pembinaan pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan supervisor dalam pelaksanaan kegiatan supervisi.	Belum ada model supervisi terkait petunjuk pelaksanaan supervisi untuk kepatuhan perawat dalam pelaksanaan tindakan sesuai SPO.
	b. Kemampuan	Evaluasi terkait kemampuan dan ketrampilan supervisor tentang pelaksanaan supervisi belum dilakukan	1. Memaksimalkan fungsi supervisor dalam membuat dan merencanakan fungsi pengawasan, dimana rencana pengawasan harus memuat system pengawasan, standart yang harus dipahami, dan cara pelaksanaannya.	Belum ada model supervisi terkait petunjuk pelaksanaan supervisi untuk kepatuhan perawat dalam pelaksanaan tindakan sesuai SPO.
	c. Motivasi	Evaluasi tentang motivasi perawat terkait kepatuhan perawat dalam melaksanakan tindakan sesuai dengan SPO belum terukur.	Peningkatan efektivitas peran supervisor dalam memberikan motivasi pelaksanaan tindakan sesuai dengan SPO.	Peran supervisor dalam memberikan motivasi untuk pelaksanaan tindakan sesuai dengan SPO belum dilakukan secara terus menerus dan konsisten.
3	Faktor pekerjaan			
	a. Umpan balik	Selama ini umpan balik yang diberikan supervisor belum terukur.	1. Supervisor memberikan umpan balik sesuai dengan permasalahan yang ditemukan 2. Melakukan evaluasi dan	Pemberian umpan balik kurang maksimal oleh supervisor

No	Isu Strategis	Penyebab	Hasil (FGD)	Telaah Peneliti
			tindak lanjut kegiatan supervisi yang telah dilaksanakan.	
	b. Koreksi	Belum ada evaluasi untuk menilai koreksi yang diberikan supervisor kepada perawat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor memberikan jadwal koreksi untuk perbaikan. 2. Supervisor memberikan arahan untuk perbaikan. 3. Koreksi bisa dilakukan dengan intervensi jangka pendek melibatkan pasien. 	Supervisor kurang memaksimalkan pemberian koreksi dan follow up pasca kegiatan supervisi.

5.2.7 Hasil Pengembangan Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Dalam penelitian ini didapatkan hasil tentang pengembangan model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis diperoleh dari hasil cross sectional, FGD dan diskusi pakar dapat dilihat pada tabel 5.10 dibawah ini :

Tabel 5.11 Pengembangan Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

No.	Variabel	Standart	Pengembangan
-----	----------	----------	--------------

No.	Variabel	Standart	Pengembangan
1	Fair	Supervisor mengklarifikasi masalah yang ada. Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat.	Unsur – unsur dalam penilaian pelaksanaan supervisi <i>Fair</i> oleh kepala ruangan meliputi R-A-A yaitu : 1. <i>Responsibility</i> (tanggung jawab), adalah pekerjaan yang harus diselesaikan seseorang pada jabatan tertentu. 2. <i>Accountability</i> (kemampuan), kompeten dalam memberikan pertanggung jawaban atas pelimpahan yang diberikan kepadanya. 3. <i>Authority</i> (Kewenangan) hak atau wewenang untuk memutuskan segala sesuatu yang berhubungan dengan fungsinya
2	<i>Feedback</i>	Supervisor memberikan <i>Feedback</i> dan klarifikasi (sesuai hasil laporan supervisi).	Unsur – unsur dalam penilaian pelaksanaan supervisi <i>Feedback</i> oleh kepala ruangan meliputi R-A-A yaitu : 1. <i>Responsibility</i> (tanggung jawab), adalah pekerjaan yang harus diselesaikan seseorang pada jabatan tertentu. 2. <i>Accountability</i> (kemampuan), kompeten dalam memberikan pertanggung jawaban atas pelimpahan

No.	Variabel	Standart	Pengembangan
			yang diberikan kepadanya. 3. <i>Authority</i> (Kewenangan) hak atau wewenang untuk memutuskan segala sesuatu yang berhubungan dengan fungsinya
3	<i>Follow Up</i>	Supervisor memberikan <i>reinforcement</i> dan <i>follow up</i> perbaikan.	Unsur – unsur dalam penilaian pelaksanaan supervisi <i>Follow Up</i> oleh kepala ruangan meliputi R-A-A yaitu : 1. <i>Responsibility</i> (tanggung jawab), adalah pekerjaan yang harus diselesaikan seseorang pada jabatan tertentu. 2. <i>Accountability</i> (kemampuan), kompeten dalam memberikan pertanggung jawaban atas pelimpahan yang diberikan kepadanya. 3. <i>Authority</i> (Kewenangan) hak atau wewenang untuk memutuskan segala sesuatu yang berhubungan dengan fungsinya

5.3 Diskusi pakar Modul Supervisi *fair, feedback, Follow up*

No.	Diskusi Pakar / Variabel	Standart	Pengembangan
-----	-----------------------------	----------	--------------

Diskusi pakar yang pertama dilakukan bersama Kasi Perencanaan dan Pengembangan Keperawatan.

Salah satu masalah yang dihadapi di Ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban adalah masalah pengawasan atau supervisi. Permasalahan berasal dari Faktor Organisasi dan faktor Individu.

permasalahan yang berasal dari faktor organisasi dari variabel independen yang dikemukakan oleh peneliti, yaitu pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan dan struktur organisasi, persoalan kemampuan dan pengembangan merupakan persoalan yang sering terjadi di dalam organisasi rumah sakit, pelatihan dan pengembangan yang ada belum terukur dan laporan pelaksanaannya belum ada laporan pelaksanaan pelatihan dan pengembangan, pelatihan dan pengembangan yang ada juga belum menyentuh seluruh perawat, belum ada jadwal pelatihan dan pengembangan yang jelas, manajemen juga belum memberikan kesempatan kepada staf dan karyawan untuk mengikuti seminar, artinya belum adanya regulasi yang jelas yang memberikan kesempatan pada staf atau karyawan untuk mengikuti seminar atau pelatihan minimal 1 tahun sekali. Peningkatan fungsi pengawasan oleh supervisor juga belum maksimal.

Kepala ruangan dalam melakukan supervisi hanya dibekali dengan Pelatihan Manajemen di awal sebelum di tunjuk menjadi supervisor, namun belum ada sampai saat ini evaluasi terhadap supervisor dalam menjalankan kegiatan supervisi. Berkaitan dengan supervisi yang menjadi masalah di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban, kegiatan supervisi memang sudah ada dan lakukan, namun pelaksanaan atau penerapan supervisi

belum optimal, selain itu belum adanya model yang jelas yang digunakan standart untuk melakukan supervisi.

Persoalan supervisi yang dikemukakan memiliki dampak yang besar dari kepatuhan perawat dalam melakukan tindakan sesuai dengan SPO dan Kualitas Layanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien. Hal ini sangat terlihat dari evaluasi kepatuhan SOP, jauh dari harapan. Ini yang kemudian menjadi persoalan dan tantangan bagi Bidang Perencanaan dan Pengembangan Keperawatan.

Persoalan kepemimpinan yang ada di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban merupakan dampak dari para perawat pelaksana sebagian besar belum mengerti dan memahami gaya kepemimpinan yang diterapkan supervisor. Persoalan kepemimpinan sangat erat hubungannya dengan dengan pengambilan keputusan yang dilakukan.

Berkaitan dengan gaya kepemimpinan yang menjadi masalah di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban, supervisor dapat menerapkan gaya kepemimpinan bervariasi dan berbeda beda sesuai dengan situasi yang dihadapi sebab para perawat pelaksana rata rata menginginkan gaya kepemimpinan demokratis (selalu melibatkan bawahan dalam pengambilan keputusan).

Persoalan struktur organisasi yang ada di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban merupakan dampak dari belum adanya laporan yang continue terkait kegiatan supervisi. tahapan supervisi sesuai dengan struktur organisasi belum jalan, sosialisasi standart pelaksanaan supervisi kepada supervisor jarang dilakukan, dalam melakukan supervisi supervisor jarang menjelaskan langkah supervisi serta jarang melakukan persamaan persepsi dengan perawat yang akan

dilakukan pengawasan. Supervisor juga jarang menentukan perawat yang akan disupervisi sebelum supervisi dilakukan, pelaksanaannya dilakukan incidental sehingga berdampak terhadap pelaksanaan supervisi yang asal jalan dan tidak dilaksanakan dengan baik.

2) Diskusi Pakar II

Diskusi pakar II dilakukan bersama Ketua bidang monitoring dan Evaluasi pelaporan dan system informasi manajemen. Reponden dalam penelitian ini adalah profesi perawat.

Profesi perawat merupakan salah satu profesi yang menyumbang tenaga atau SDM di rumah sakit. Setiap rumah sakit memiliki jumlah 30% - 40% dari jumlah SDM yang ada. Peran perawat di rumah sakit sangat penting, karena profesi ini dapat berperan di berbagai Sistem Pelayanan yang ada di rumah sakit. Peran perawat dalam pelayanan di rumah sakit sangat penting, semua unit layanan terbesar adalah profesi perawat mulai dari Pelayanan poli, UGD, dan Rawat Inap.

Jumlah perawat yang banyak di rumah sakit menjadi kendala tersendiri bagi rumah sakit, terkadang profesi perawat sering tertuduh menjadi “*Trouble Maker*” dalam organisasi rumah sakit, karena terlalu banyaknya perawat di rumah sakit seakan-akan susah terkontrol dan dikendalikan, sebenarnya yang menjadi “*Trouble Maker*” adalah pengetahuan perawat, sesuai dengan apa yang disampaikan dalam FGD kemarin.

Namun faktanya ada beberapa rumah sakit yang belum optimal untuk mengelola SDM perawat dengan baik, hal ini disebabkan oleh gaya kepemimpinan, strategi, dan kebijakan yang diterapkan belum sesuai dengan harapan perawat. Khususnya berkaitan dengan faktor individu perawat,

pengetahuan menjadi sangat vital yang dibutuhkan perawat untuk meningkatkan layanan profesional kepada klien, karena dapat di pastikan jika rumah sakit menginginkan kualitas pelayanan keperawatan yang baik harus selalu meningkatkan pengetahuan perawat, perlu selalu dilakukan pemantapan, pembinaan dan pengawasan oleh pihak manajemen.

Berkaitan dengan kemampuan perawat masih minimnya dan kurangnya mengembangkan diri membuat perawat masih kurang mengetahui dan memahami fungsi pengawasan dan pembinaan. pemberian pendidikan berkala berupa pelatihan harus dilakukan terjadwal untuk meningkatkan pengetahuan mereka.

Harapan dari perawat adalah pihak manajemen dapat memberikan pendidikan dan pelatihan secara terus menerus dan terjadwal dengan baik khususnya pada primer dan para supervisor sehingga para perawat dan supervisor memahami dan memiliki ketrampilan melakukan supervisi.

5.4 Sosialisasi Modul Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up*

Sosialisasi modul merupakan proses pemberian informasi atau transfer modul dengan tujuan untuk memberikan pemahaman terhadap modul yang akan diterapkan di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Sosialisasi modul Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban, pada :

- Hari : Senin
- Tanggal : 30 April
- Jam : 08.00 – 10.00 WIB
- Tempat : Ruang Teratai RSUD. dr. R. Koesma Tuban
- Peserta : 4 orang
- Metode : Diskusi Kelompok
- Acara : 1. Pembukaan
2. Pemaparan hasil penelitian secara keseluruhan
3. Proses penyusunan Modul
4. Diskusi / Evaluasi Modul
5. Penutup

Hasil sosialisasi modul Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* adalah peserta diskusi kelompok antusias dan kooperatif dalam berdiskusi modul yang disosialisasikan sehingga peserta diskusi dapat memahami dan mampu untuk menjelaskan, menguraikan dan mengembangkan isi modul sebagai upaya peningkatan kepatuhan perawat.

5.5 Evaluasi Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr.R. Koesma Tuban.

Evaluasi modul model *supervisi fair feedback follow up* di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban, sebagai upaya peningkatan kepatuhan perawat dalam melakukan tindakan sesuai dengan SPO adalah peserta diskusi kelompok memberikan dukungan terhadap modul yang disosialisasikan untuk dapat diimplementasikan sebagai upaya peningkatan kepatuhan perawat. Selain itu, peserta didik memberikan apresiasi yang baik terhadap modul *supervisi fair feedback follow up* mengingat selama ini belum adanya standart yang baku terhadap pelaksanaan kegiatan supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

5.6 Tahap 2 (Pelaksanaan Modul *Supervisi Fair Feedback Follow Up*)

Pengembangan model *supervisi fair feedback follow up* perawat RSUD. dr. R. Koesma Tuban dilakukan setelah mendapatkan isu strategis dan dilaksanakan FGD. Modul dibuat bersama pakar kemudian diterapkan kelompok perlakuan. Berikut ini hasil yang didapatkan setelah intervensi:

5.6.1 Karakteristik responden penelitian Tahap II

Karakteristik responden dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan analisis deskriptif demografi responden. Hal ini merupakan langkah awal yang dilakukan dalam sebuah penelitian sebelum melakukan analisis yang lebih lanjut.

Adapun karakteristik responden penelitian pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol antara lain:

Tabel 5.12 Distribusi responden pada kelompok perlakuan dan kontrol di RSUD. dr. RSUD.dr.R. Koesma Tuban (N=28)

No	Karakteristik responden	Kelompok perlakuan		Kelompok kontrol		Uji homogenitas
		Σ	%	Σ	%	
1	Jenis kelamin					
	a. Laki-laki	5	35,7	8	57,1	0,272
	b. Perempuan	9	64,3	6	42,9	
	Total	14	100	14	100	
2	Usia					
	a. 26-30 tahun	5	35,7	2	14,3	0,631
	b. 31-40 tahun	4	28,6	8	57,1	
	c. > 40 tahun	5	35,7	4	28,6	
	Total	14	100	14	100	
3	Lama Kerja					
	5.4 1-5 tahun	9	64,3	4	28,6	0,140
	5.5 5-10 tahun	3	21,4	7	50	
	5.6 > 10 Tahun	2	14,3	3	21,4	
	Total	14	100	14	100	
4	Status Karyawan					
	c. Tetap	8	57,1	6	42,9	
	d. Kontrak	6	42,9	8	57,1	
	Total	14	100	14	100	
5	Pendidikan					
	4. D3	8	57,1	8	57,1	
	5. S1	6	42,9	6	42,9	
	Total	14	100	14	100	

Berdasarkan tabel 5.12 Menunjukkan bahwa jenis kelamin perawat yang berada pada kelompok kontrol dan intervensi adalah berbeda. Pada kelompok intervensi paling banyak berjenis kelamin perempuan 64,3% sedangkan sisanya berjenis kelamin laki-laki. Sedangkan pada kelompok kontrol paling banyak berjenis kelamin laki-laki 57,3%, sedangkan sisanya berjenis kelamin perempuan.

Variabel usia perawat yang berada pada kelompok kontrol dan intervensi adalah berbeda. Pada kelompok intervensi paling banyak berusia 26 – 30 dan > 40

tahun 35,7% sisanya berusia 31-40 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol paling banyak berusia 31-40 tahun 57,1%.

Variabel lama bekerja perawat pada kelompok kontrol dan intervensi adalah berbeda. pada kelompok intervensi paling banyak 1-5 tahun 64,3%, sedangkan sisanya 5-10 tahun dan >10 tahun. sedang pada kelompok kontrol paling banyak lama kerja 5-10 tahun 50%.

Variabel status pegawai yang berada pada kelompok kontrol dan intervensi adalah berbeda. pada kelompok intervensi paling banyak adalah karyawan tetap 57,1%, sedangkan sisanya adalah tenaga kontrak. sedang pada kelompok kontrol paling banyak adalah tenaga kontrak 57,1%.

Variabel pendidikan yang berada pada kelompok kontrol dan intervensi adalah sama. Pada kelompok intervensi dan kontrol paling banyak pendidikan terakhirnya adalah D3 Keperawatan 57,1%.

5.6.2 Pengaruh Model Supervisi Fair, Feedback, Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Program Pengendalian Pencegahan Infeksi.

Analisa data skor kepatuhan perawat pada kelompok intervensi dan control sebelum dan setelah dilakukan model supervisi *fair, feedback, follow up* dilakukan dengan uji *Wilcoxon* dengan bantuan SPSS, karena hasil uji normalitas data skor kepatuhan sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok control dan intervensi didapatkan $p < \alpha$ dimana p setelah perlakuan pada kelompok intervensi $p = 0,046$, maka tidak memenuhi syarat untuk dilakukan uji t meskipun skala data adalah numerik.

Berikut adalah hasil uji beda skor kepatuhan perawat pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan setelah dilakukan supervisi *fair, feedback, follow up* :

Tabel 5. 13 Hasil Uji beda Skor Kepatuhan Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah dilakukan Model Supervisi *Fair, Feedback, Follow Up* pada Perawat di RSUD. Dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.

Variabel	n	(Median) (Minimum –Maksimum)	Rerata \pm SD $\bar{X} \pm SD$	p
Kepatuhan sebelum supervisi <i>fair, feedback, follow up</i> kelompok Intervensi	14	60 (50 – 70)	59,78 \pm 5,59	0,002
Kepatuhan ssetelah supervisi <i>fair, feedback, follow up</i> kelompok Intervensi	14	75 (65 – 78)	73, 142 \pm 3,95	

Skor kepatuhan perawat dalam penerapan PPI pada kelompok intervensi sebelum dilakukan supervisi dengan model *fair, feedback, follow up* memiliki median nilai skor 60 dengan skor minimal 50 dan maksimal 70, dan mengalami peningkatan median nilai skor kepatuhan setelah dilakukan model supervisi *fair, feedback, follow up* menjadi 75 dengan skor minimal 65 dan skor maksimal 78.

Berdasarkan hasil analisis analitik dengan menggunakan uji beda *Wilcoxon* didapatkan $p = 0,002$, $\alpha = 0,05$ yang berarti $p < \alpha$, sehingga H_0 ditolak maka ada beda kepatuhan perawat terhadap penerapan PPI antara sebelum dan setelah intervensi supervisi model *fair, feedback, follow up*.

Tabel 5.14 Hasil Uji beda Skor Kepatuhan Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah dilakukan Model Supervisi *Fair, Feedback, Follow Up* pada Perawat di RSUD. Dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.

Variabel	n	(Median) (Minimum – Maksimum)	Rerata \pm SD $\bar{X} \pm SD$	p
Kepatuhan sebelum supervisi <i>fair, feedback, follow up</i> kelompok Kontrol	14	58,5 (50 – 66)	58,5 \pm 4,95	0,548
Kepatuhan setelah supervisi <i>fair, feedback, follow up</i> kelompok Kontrol	14	60 (51 – 64)	58,28 \pm 4,17	

Berdasarkan Tabel 5.14 didapatkan median skor kepatuhan perawat dalam penerapan program PPI pada kelompok control sebelum dilakukan model supervisi *fair, feedback, follow up* adalah 58,5 dengan skor minimal 50 dan maksimal 66 sedangkan setelah dilakukan model supervisi tersebut median skor meningkat walaupun hanya 1,5 point menjadi 60 dengan nilai minimal 51 dan maksimal 64. Hasil uji beda dengan menggunakan *Wilcoxon* didapatkan $p = 0,548$, $\alpha = 0,05$ dimana $p > \alpha$, maka H_0 diterima yang berarti tidak terdapat perbedaan secara signifikan skor sebelum dan setelah dilakukan intervensi pada kelompok control.

Tabel. 5.15 Perbedaan Rata Rata Selisih Kepatuhan Awal dan Akhir Kelompok Intervensi dan Kontrol Perawat RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.

Variabel	Kelompok	Mean	SD	SE	Z	P. Value
Kepatuhan Perawat	Intervensi	17,5	3,7	1,009	-3,84	0,000
	Kontrol	13,3	6,82	1,82		

Man Whitney P = 0.000

Tabel 5.14 Diatas menunjukan rata rata selisih perubahan skor kepatuhan perawat pada kelompok intervensi adalah 17,5 dengan standart deviasi 3,7 (SE = 1,009) sedangkan pada kelompok kontrol adalah 13,3 dengan standart deviasi 6,82

(SE =1,82). Analisa lebih lanjut dilakukan dengan uji beda rata rata selisih kepatuhan perawat pada kelompok kontrol dan intervensi. Sebelumnya dilakukan uji beda karena skala data adalah numerik maka dilakukan uji normalitas data dengan menggunakan *shapiro* didapatkan $p = 0,000$, $\alpha = 0,05$ dimana $p < \alpha$ maka data tidak berdistribusi normal sehingga uji beda pada data ini menggunakan uji alternative nonparametrik *man whitney*, didapatkan $p = 0,000$, $\alpha = 0,05$ dimana $p < \alpha$ maka H_0 ditolak sehingga terdapat perbedaan signifikan selisih rata rata skor kepatuhan perawat dalam penerapan PPI sebelum dan sesudah dilakukan model supervisi *fair, feedback, follow up* pada kelompok intervensi dan kontrol.

5.6.3 Pengaruh Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Program Pengendalian Infeksi terhadap Kejadian Phlebitis melalui model Supervisi *Fair, Feedback, Follow Up* pada Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD. Dr. R. Koesma Tuban.

Analisis dilakukan dengan menggunakan Kruskal Walis dengan derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$.

Tabel 5.16 Kejadian Phlebitis Bakterial pada Kelompok Interensi dan Kontrol di Ruang Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.

Kelompok	n	Kejadian Phlebitis Bakterial					
		Tidak Phlebitis		Awal Phlebitis		Phlebitis	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Intervensi	14	14	100	-	0	-	0
Kontrol	14	9	32,12	1	3,6	4	14,3
<i>Kruskal Walis</i>		$p = 0.000$					

Uji beda pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap kejadian phlebitis bakterial dilakukan dengan menggunakan uji *kruskal walis* di dapatkan $p = 0.000$,

dimana $p < \alpha$ maka H_0 ditolak sehingga terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi.

Tabel 5.17 Kejadian Phlebitis Mekanikal pada Kelompok Interensi dan Kontrol di Ruang Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.

Kelompok	n	Kejadian Phlebitis Bakterial					
		Tidak Phlebitis		Awal Phlebitis		Phlebitis	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Intervensi	14	11	39,3	2	7,1	1	3,6
Kontrol	14	10	35,7	1	3,6	3	10,7
<i>Kruskal Walis</i> $p = 0.514$							

Uji beda pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap kejadian phlebitis mekanikal dilakukan dengan menggunakan uji *kruskal walis* di dapatkan $p = 0.514$, dimana $p > \alpha$ maka tidak terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi.

Tabel 5.18 Kejadian Phlebitis Kimiawi pada Kelompok Interensi dan Kontrol di Ruang Teratai dan Asoka RSUD. dr. R. Koesma Tuban Bulan April 2018.

Kelompok	n	Kejadian Phlebitis Bakterial					
		Tidak Phlebitis		Awal Phlebitis		Phlebitis	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Intervensi	14	11	39,3	2	7,1	1	3,6
Kontrol	14	10	35,7	1	3,6	3	10,7
<i>Kruskal Walis</i> $p = 0.193$							

Uji beda pada kelompok intervensi dan kontrol terhadap kejadian phlebitis kimiawi dilakukan dengan menggunakan uji *kruskal walis* di dapatkan $p = 0.193$,

dimana $p > \alpha$ maka tidak terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Analisis hasil penelitian mengenai variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu variabel

6.1.1 Pengaruh faktor karakteristik organisasi terhadap kejadian phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor karakteristik organisasi yang terdiri dari sub variabel pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan dan struktur organisasi tidak mempengaruhi kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Menurut Bandura (1997), kemampuan seseorang untuk mengorganisasi dan melaksanakan tindakan utama menyangkut bukan hanya *skill* yang dimiliki seseorang tetapi keputusan yang diambil seseorang dari *skill* yang dimiliki.

Hal ini sesuai dengan hasil uji hipotesis model bahwa faktor organisasi berpengaruh negatif terhadap kejadian phlebitis. Sub variabel struktur organisasi adalah faktor utama yang menyebabkan faktor karakteristik organisasi tidak berpengaruh terhadap kejadian phlebitis, hal ini dikarenakan walaupun sistem organisasi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban telah tersruktur dengan baik garis koordinasi antar tiap bagian sudah terlaksana dengan cukup baik, namun pengelolaan tugas yang diberikan masih belum berdasarkan

spesialisasi, dengan adanya struktur organisasi yang baik tentunya dapat mendukung peningkatan kepatuhan perawat dalam melaksanakan tindakan terhadap SPO sehingga tingkat kesalahan yang dilakukan sangat minimal, namun kenyataannya walaupun struktur organisasi sudah sangat baik kejadian phlebitis masih sangat tinggi, hal ini dikarenakan pengawasan atau supervisi yang dilakukan kepala ruang dalam pelaksanaan tindakan terhadap SPO sangat kurang sehingga kualitas pelayanan menurun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Fitzpatrick (2012) Supervisi mampu meningkatkan pelayanan dan juga berkontribusi dalam memberikan motivasi untuk mengembangkan keterampilan supervisor.

Kebijakan dan standart supervisi sangat diperlukan untuk acuan pelaksanaan kegiatan supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban untuk meningkatkan kualitas supervisi supaya kedepan kegiatan supervise bisa terorganisir dengan baik sehingga tujuan yang diinginkan bisa tercapai.

6.1.2 Pengaruh faktor Organisasi terhadap penilaian pelaksanaan supervisi di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas karakteristik organisasi di RSUD. dr. R. Koesma Tuban dirasa cukup, hal ini dibuktikan bahwa masing-masing sub variabel karakteristik organisasi, pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan dan struktur organisasi dalam kategori cukup.

Faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan system imbalan berpengaruh ke kinerja individu dan organisasi melalui motivasi, sedangkan faktor penentu organisasi lainnya, yakni pendidikan, berpengaruh ke kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, ketrampilan, atau kemampuan.

kompleman (1986)

Penyebab faktor organisasi di RSUD. dr. R. Koesma Tuban dalam kategori cukup, hasil FGD pada karakteristik organisasi, pimpinan ruangan mengungkapkan bahwa hal ini disebabkan oleh evaluasi berkaitan dengan penilaian dan harapan perawat terkait pelaksanaan pelatihan dan pengembangan yang belum terukur. dan belum ada laporan pelaksanaan. Tidak memiliki jadwal pelatihan dan pengembangan yang terprogram dengan jelas, upaya sosialisasi kepada perawat untuk senantiasa melakukan pengembangan diri dengan mengikuti kegiatan seminar atau pelatihan juga dinilai kurang. Hasil penelitian White (2010) mengungkapkan dukungan organisasi sangat penting dalam pelaksanaan supervisi, supervisi memfasilitasi untuk meningkatkan kemampuan intelektual sehingga pengambilan keputusan yang dihasilkan menjadi lebih baik. Solusi untuk mengatasi masalah yang ada adalah membuat suatu perubahan yang utama yaitu pemberian pelatihan kepada supervisor sehingga mampu dan kompeten melakukan fungsi peran pengawasan dengan baik serta mampu dan cakap dalam memberikan umpan balik dan koreksi, sehingga fungsi pengawasan oleh supervisor (pengawasan, pengarahan, bimbingan dan *reinforcemen*) meningkat. Membuat pengajuan kepada pimpinan rumah sakit untuk pelaksanaan kegiatan pelatihan dan pengembangan secara berkala dan terjadwal dengan harapan pelatihan yang diberikan kepada perawat dapat menjembatani kesenjangan antara kemampuan yang dimiliki perawat dengan tujuan pekerjaan yang diberikan, meningkatkan fungsi manajemen ruangan, dalam hal memberikan motivasi kepada supervisor untuk senantiasa melakukan pengembangan diri. Sehingga diharapkan kepala ruangan sebagai supervisor mampu melakukan penilaian, umpan balik dan *follow up* saat melakukan kegiatan

supervisi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Flander (2014). Menyebutkan bahwa kelemahan yang signifikan dalam supervisi, terkait erat dengan kurangnya pelatihan supervisor, supervisor melaporkan kesulitan dalam memberikan umpan balik dan koreksi, sehingga supervisor tidak dapat memberikan umpan balik yang efektif. Sedangkan menurut Nursalam (2016) Esensi pelatihan bagi karyawan (perawat), mulai staf hingga manajer adalah memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan secara teknis pada bidang kerja tertentu untuk kebutuhan saat ini. Kesempatan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan kerja yang dimiliki karyawan (perawat) dengan cara menambah pengetahuan dan ketrampilannya, untuk meningkatkan konsentrasi pada setiap bidang pekerjaan, pelatihan di titik beratkan pada kompetensi dasar pekerjaan dan menambah wawasan untuk bidang yang relevan secara teknis atau non teknis.

Adapun pada level supervisor konsentrasi pelatihan ditekankan pada penguasaan wawasan pada setiap kompetensi dalam upaya kepemimpinan, finansial, pengambilan keputusan, dan motivasi. Beberapa pelatihan lebih bersifat non teknis seperti berikut : Teknik mempengaruhi orang lain terutama pada bawahan dan tim, Ketrampilan khusus supervisor (*supervisory skills*), Strategi pengambilan keputusan, Kepemimpinan dan pendelegasian, Strategi manajemen perubahan (Rozalena, et.al. 2016)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik organisasi berkontribusi dalam meningkatkan supervisi. sehingga bisa dijadikan sebagai tolak ukur untuk mengevaluasi dan menilai kemampuan yang dimiliki pimpinan keperawatan dalam menjalankan fungsi organisasi, karakteristik organisasi di

RSUD. dr. R. Koesma Tuban masih dalam kategori cukup, sehingga hal ini bisa dijadikan sebagai pertimbangan dalam penyusunan kebijakan supervisi. penyusunan standart supervisi, dan dijadikan acuan untuk meningkatkan kompetensi pimpinan ruang sebagai supervisor sehingga pimpinan memiliki kemampuan tentang strategi pengambilan keputusan.

6.1.3 Pengaruh faktor individu terhadap kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban

Hasil analisis menjelaskan faktor individu yang terdiri dari sub variabel pengetahuan, kemampuan dan motivasi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban tidak berpengaruh *significant* terhadap kejadian phlebitis.

Variabel kemampuan dan motivasi perawat di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban, terhadap tindakan yang dilakukan oleh perawat dirasakan masih sangat kurang sehingga menjadi penghambat untuk bertindak dan beraktivitas sesuai dengan standart yang ada, pimpinan jarang memberikan pujian terhadap pekerjaan yang telah dilakukan oleh perawat, sehingga minat dari perawat untuk melakukan tindakan sesuai dengan prosedur menjadi kurang. Hurlock (1993) menjabarkan bahwa minat merupakan sumber motivasi yang mendorong seseorang untuk melakukan apa yang ingin dilakukan ketika bebas memilih. Ketika seseorang menilai bahwa sesuatu akan bermanfaat, maka akan menjadi berminat, kemudian hal tersebut akan mendatangkan kepuasan. Ketika kepuasan menurun maka minatnya juga akan menurun. Sehingga minat tidak bersifat permanen, tetapi minat bersifat sementara atau dapat berubah-ubah. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Sandjaja (2001) bahwa suatu aktivitas akan dilakukan atau tidak sangat tergantung sekali oleh minat seseorang terhadap

aktivitas tersebut, disini Nampak bahwa minat merupakan motivator yang kuat untuk melakukan suatu aktivitas. Sandjaja (2001) mengartikan minat adalah perhatian yang kuat, komitmen dan menguasai individu secara mendalam untuk tekun melakukan suatu aktivitas. Dari beberapa teori diatas dapat ditarik kesimpulan mengenai minat, bahwa minat merupakan sebuah motivasi intrinsik sebagai kekuatan pembelajaran yang menjadi daya penggerak seseorang dalam melakukan aktivitas dengan penuh ketekunan dan cenderung menetap, dimana aktivitas tersebut merupakan proses pengalaman belajar yang dilakukan dengan penuh kesadaran dan mendatangkan perasaan senang, suka dan gembira.

6.1.4 Pengaruh faktor individu terhadap penilaian pelaksanaan supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban

Hasil analisis menjelaskan karakteristik Individu perawat di RSUD. dr. R. Koesma meningkatkan supervisi. Sedangkan mayoritas karakteristik individu dirasakan baik dan cukup, hal ini dibuktikan bahwa masing-masing sub variabel, pengetahuan dalam kategori baik, variabel kemampuan dan motivasi dalam kategori cukup.

Pada saat dilakukan FGD 1 beberapa partisipan mengungkapkan Pengetahuan dan kemampuan tentang supervisi yang tidak memadai, adanya minat dan keinginan, namun dukungan manajemen yang kurang menjadi faktor utama kemampuan perawat RSUD.dr. R. Koesma dalam kategori cukup sehingga hal ini menjadi penyebab tidak terlaksananya supervisi secara maksimal, sehingga dalam FGD untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan menjadi lebih baik direkomendasikan Perlu pemantapan dan pembinaan perawat oleh pihak manajemen, mendorong perawat untuk selalu meningkatkan kualitas diri dengan mengikuti kegiatan seminar dan pelatihan, Pemberian pendidikan berkala berupa

pelatihan tentang manajemen keperawatan, cara melakukan tindakan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, mendorong perawat untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Proctor B (2010) pemberian konseling di lingkungan perawat merupakan hal yang sangat penting dilaksanakan dalam group supervisi dalam waktu satu jam atau kurang yang

diberikan setiap bulan. Variabel kemampuan juga berada pada kategori cukup sedangkan menurut Perry and Potter, (2003). Kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu, ada banyak aspek yang dapat dinilai dari variabel kemampuan, diantaranya kemampuan kognitif, efektif dan psikomotor, perawat perlu terus mengembangkan diri melalui uji kompetensi, pendidikan formal dan non formal, dan sub variabel ketiga motivasi juga berada dalam kategori cukup.

Upaya yang harus dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan adalah dengan jalan memaksimalkan peran manajemen dalam pembinaan pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan supervisor dalam pelaksanaan kegiatan supervisi sedangkan untuk meningkatkan motivasi rekomendasinya adalah mengusulkan pada pimpinan rumah sakit untuk mengupayakan honor perawat bisa lebih diperhatikan, serta perhatian pimpinan perlu di tingkatkan dengan memberikan pujian terhadap pekerjaan yang dilakukan perawat. sehingga bisa mewujudkan supervisi yang lebih baik.

6.1.5 Pengaruh faktor pekerjaan terhadap kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban

Hasil analisis menjelaskan faktor pekerjaan yang terdiri dari sub variabel umpan balik dan koreksi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban berpengaruh *significant* terhadap kejadian phlebitis.

Selama ini umpan balik yang diberikan supervisor di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban belum terukur namun supervisor selalu memberikan umpan balik sesuai dengan permasalahan seta melakukan evaluasi dan tindak lanjut kegiatan supervisi yang telah dilaksanakan sehingga hal ini mampu meningkatkan penurunan kejadian phlebitis. Umpan balik adalah hal yang penting dalam perbaikan kinerja perawat. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan umpan balik yang berkualitas bagi karyawan (perawat) antara lain : terlebih dahulu meminta karyawan (perawat) untuk menilai dirinya sendiri, memberi pujian sebelum mengkritik, batasi apa yang ingin dibahas, berkonsentrasi pada apa yang bisa di-ubah/diperbaiki, dan beri karyawan (perawat) waktu untuk berpikir dan menanggapi. (Irawan Prasetya, 2001)

Sementara itu untuk melihat deskripsi perilaku kinerja secara spesifik, Gomes (2003) menjelaskan beberapa dimensi atau kriteria yang perlu mendapat perhatian dalam mengukur kinerja, antara lain: *quantity of work*, yaitu jumlah kerja yang dilakukan dalam suatu periode waktu yang ditentukan, *quality of work*, yaitu kualitas kerja yang dicapai berdasarkan syarat-syarat kesesuaian dan kesiapannya, *Job knowledge*, yaitu luasnya pengetahuan mengenai pekerjaan dan keterampilannya, *Creativeness*, yaitu keaslian gagasan-gagasan yang dimunculkan dan tindakan-tindakan untuk menyelesaikan persoalan-persoalan yang timbul, *Cooperation*, yaitu kesediaan untuk bekerja sama dengan orang lain sesama anggota organisasi, *Dependability*, yaitu kesadaran dan dapat dipercaya dalam hal

kehadiran dan menyelesaikan pekerjaan, *Initiative*, yaitu semangat untuk melaksanakan tugas-tugas baru dan dalam memperbesar tanggung jawabnya, *Personal qualities*, yaitu menyangkut kepribadian, kepemimpinan, keramahan dan integritas pribadi.

6.1.6 Pengaruh faktor pekerjaan terhadap penilaian pelaksanaan supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesama Tuban

Hasil analisis menjelaskan karakteristik pekerjaan perawat di RSUD. dr. R. Koesma meningkatkan supervisi. Sedangkan mayoritas karakteristik pekerjaan dirasakan baik dan cukup, hal ini dibuktikan bahwa masing-masing sub variabel, umpan balik dalam kategori baik, variabel koreksi dalam kategori cukup.

Pada saat dilakukan FGD 1 beberapa partisipan mengungkapkan supervisor di ruang rawat inap RSUD.dr. R. Koesma sudah melaksanakan umpan balik namun belum terukur, selain itu juga dikarenakan pemimpin ruangan hanya memberikan umpan balik dan koreksi pada perawat yang muda atau junior, sedangkan perawat yang senior tidak dilakukan koreksi dan umpan balik karena mereka dianggap mampu bekerja secara mandiri. Hasil FGD juga ditemukan bahwa supervisi yang dilakukan tidak di dukung perencanaan yang baik sehingga hal ini berpengaruh negatif terhadap pelaksanaan supervise. Swansburg (2000) menyatakan bahwa perencanaan merupakan kegiatan yang paling utama dalam fungsi manajemen melalui pemikiran atau ide – ide yang di tuangkan dalam

sebuah tulisan untuk mencapai tujuan. Hal ini penting dalam kegiatan supervisi karena akan membantu dalam mengagendakan supervisi, mengidentifikasi hal-hal yang akan disupervisi dan permasalahan yang ditemukan sehingga dapat membuat perubahan yang efektif. Dengan demikian menurut peneliti fungsi manajemen pimpinan ruangan terutama dalam pelaksanaan koreksi dan umpan balik saat melakukan supervisi perlu di tingkatkan.

6.1.7 Model supervisi *fair feedback follow up* meningkatkan kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi sebagai upaya penurunan kejadian Phlebitis

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa model supervisi *fair feedback follow up* meningkatkan kepatuhan perawat dalam penerapan program pengendalian infeksi sebagai upaya penurunan kejadian phlebitis.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Cruz, Carvalho and Sousa, (2015) bahwa ketika perawat diawasi mereka akan lebih sedikit membahas masalah pribadi. Menurut hasil penelitian Boyce, J.M, (2017) Memonitor kepatuhan di antara tenaga kesehatan merupakan elemen penting, Dengan peningkatan berkelanjutan dari sistem pemantauan elektronik, menggabungkan pemantauan elektronik dengan metode observasi dapat memberikan informasi terbaik sebagai bagian dari strategi multimodal untuk meningkatkan dan mempertahankan tingkat kepatuhan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas Supervisi *Fair, Feedback, Follow Up* dirasakan cukup, hal ini dibuktikan bahwa masing-masing sub variabel *fair, feedback follow Up* berada diposisi kategori cukup.

Pada saat dilakukan FGD 1 beberapa partisipan mengungkapkan bahwa penyebab supervisi di RSUD.dr. R. Koesma dalam kategori cukup dikarenakan Belum ada model atau format penilaian yang jelas dan baku, model supervisi masih belum jelas, pelaksanaan supervisi masih incidental, belum ada jadwal yang jelas, tidak ada pemberitahuan terlebih dahulu kepada pihak yang akan disupervisi, sehingga perawat yang akan di supervisi tidak diberikan, Evaluasi penilaian tidak disampaikan kepada perawat yang di supervisi, umpan balik dengan jalan menyampaikan hasil evaluasi penilaian tidak pernah dilakukan, Tidak pernah ada upaya untuk melakukan perbaikan dengan menjadwalkan ulang supervisi. Hasil penelitian Saxby, et al (2012) mengungkapkan untuk mengoptimalkan kegiatan supervisi diperlukan penjadwalan kegiatan supervisi antara supervisor-*supervisees*, pelatihan supervisor, kontrak waktu, topik dan peningkatan kepercayaan diri supervisor.

Hasil analisis analitik dengan menggunakan uji beda *Wilcoxon* didapatkan bahwa H_0 ditolak maka ada beda kepatuhan perawat sebelum dan sesudah intervensi supervise model *fair, feedback, follow up*. Hasil dari penelitian ini mengidentifikasikan bahwa supervisi *fair feedback follow up* meningkatkan kepatuhan perawat dalam penerapan PPI, penelitian ini juga sebagai tolak ukur untuk mengevaluasi dan menilai kemampuan yang dimiliki pemimpin dalam menjalankan fungsi *directing*, sehingga dapat digunakan acuan dalam penyusunan standart supervisi di RSUD. dr. R. Koesma Tuban, sehingga kebijakan dan standart operasional supervisi akan terorganisir dengan baik dan tujuan tercapai sesuai dengan harapan. hal ini dikarenakan standart merupakan esensi yang mendasar dalam pengendalian mutu pelayanan. Hasil penelitian juga

mengambarkan ketidak patuhan perawat terhadap standart operasional prosedur PPI, pada kelompok kontrol pencapaian yang diharapkan belum memenuhi standart bahwa SPO harus dilaksanakan 100%. hal ini mengindikasikan bahwa keselamatan pasien belum terjamin sepenuhnya, pimpinan ruangan perlu mengidentifikasi kembali peyebab dari ketidak patuhan terhadap SPO tersebut. kepatuhan perawat terhadap SPO sangat penting karena kesalahan yang terjadi akan merugikan pasien dan menyangkut keselamatan pasien. hal tersebut dapat dicegah apabila pimpinan ruangan mempunyai program supervisi yang sudah terstandart, oleh karena itu hasil FGD merekomendasikan model supervisi *fair feedback follow up* untuk melakukan kontrol terhadap kepatuhan perawat dalam pelaksanaan tindakan PPI. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dari Falender, C.A. (2014) bahwa meningkatkan apresiasi pengawasan klinis sebagai profesional yang berbeda kegiatan yang memerlukan pelatihan dan kompetensi khusus.

6.1.8 Kepatuhan Perawat terhadap pencegahan pengendalian infeksi mempengaruhi penurunan kejadian phlebitis.

Kepatuhan perawat terhadap pencegahan pengendalian infeksi dalam upaya penurunan kejadian phlebitis di RSUD. dr. R. Koesma Tuban menunjukkan bahwa memiliki nilai beda antara kelompok kontrol dan perlakuan adalah kejadian phlebitis bakterial.

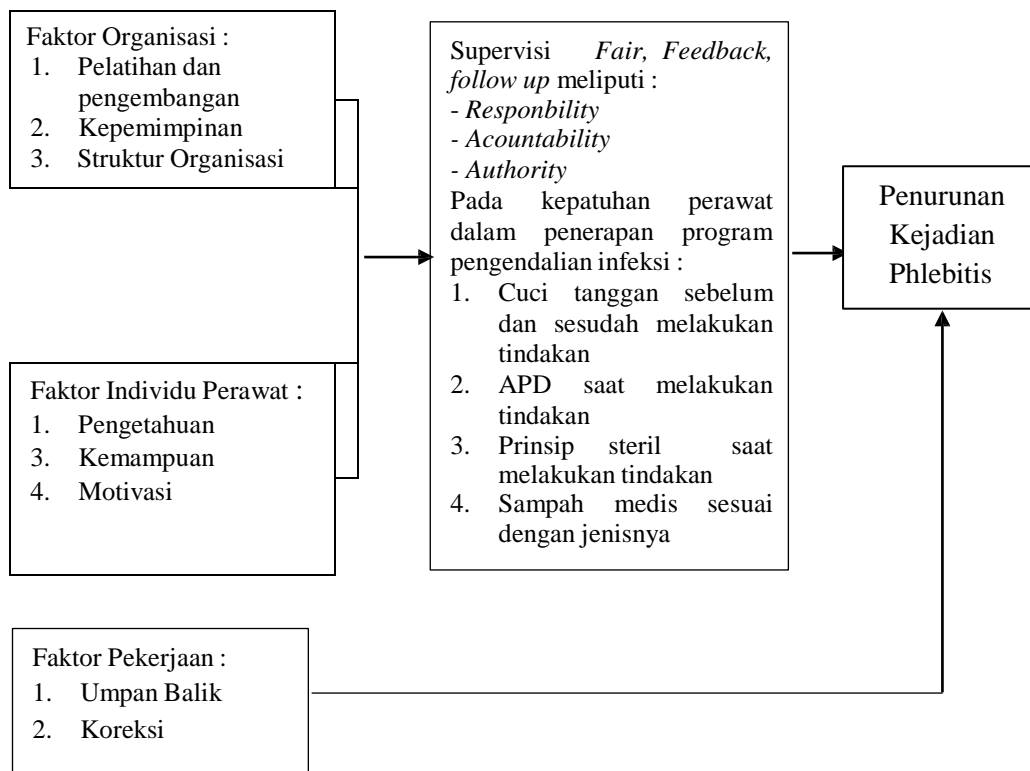
Hal ini sesuai dengan penelitian (Brooker & Ignatavicius, 1996) Dalam Darmawan (2005) bahwa hasil 4 teknik pemberian PPN (nutrisi parenteral perifer), di mana mengganti tempat (rotasi) kanula ke lengan kontralateral setiap hari pada 15 responden menyebabkan bebas Phlebitis. Namun, dalam uji kontrol acak yang dipublikasi baru-baru ini oleh Webster, *et.al* disimpulkan bahwa kateter bisa dibiarkan aman di tempatnya lebih dari 72 jam jika tidak ada kontraindikasi.

The Centers for Disease Control and Prevention menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi. Dianjurkan aseptik dressing untuk mencegah Phlebitis. Kasa setril diganti setiap 24 jam, frekuensi penggantian balutan dilakukan setiap 48-72 jam dengan balutan yang steril sesuai dengan bahan dan jenis yang digunakan.

Faktor Individu (pengetahuan, kemampuan dan motivasi) mempengaruhi kejadian phlebitis. Faktor organisasi (Pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan, struktur organisasi) tidak mempengaruhi kejadian phlebitis. faktor pekerjaan (umpan balik, koreksi) mempengaruhi kejadian phlebitis. Supervisi *fair feedback follow up* tidak berpengaruh terhadap kejadian phlebitis. waktu pengamatan terhadap kejadian phlebitis hanya 4 hari maka bila di bandingkan dengan BOR atau prevalensi phlebitis maka kurang bijaksana untuk menarik kesimpulan, meskipun tidak ada perbedaan pada kejadian phlebitis mekanikal dan kimia antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, namun sudah terdapat perubahan perilaku yang bermakna pada perawat, pada kelompok intervensi dan kontrol. Serta ditunjukkan dengan kejadian phlebitis 0 %, pada kelompok intervensi selama 4 hari pengamatan.

6.2 Temuan Penelitian

Dari uji statistik didapatkan bahwa dukungan yang besar pada masing masing variabel faktor terhadap Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI. di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban yaitu faktor organisasi hasil koefisien jalur 0.565, faktor individu 0,565. Sedangkan dukungan yang besar pada masing masing variabel faktor terhadap kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R.Koesma Tuban yaitu faktor Pekerjaan 0,313. Hasil permodelan akhir dalam penelitian ini bisa dilihat pada gambar 5.3 dibawah ini :



Gambar 6.1 Hasil Permodelan Akhir Pengembangan Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.

Dalam interpretasi permodelan didapatkan model akhir pelaksanaan supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban Sebagai berikut :

model yang terbentuk tersusun dari tiga faktor, dua faktor secara signifikan mempengaruhi supervisi mulai dari yang terbesar faktor individu dan faktor organisasi, faktor organisasi dan individu mempengaruhi pelaksanaan model supervisi *fair, feedback, follow up* terdiri dari tiga aspek *responsibility, accountability dan authority*. yang dilakukan secara berurutan dan berulang. Satu faktor yaitu faktor pekerjaan secara signifikan mempengaruhi kejadian phlebitis.

pelaksanaan supervisi dalam model yang diharapkan sesuai dengan perhitungan statistik, FGD, dan juga merupakan kriteria dari aspek supervisi *fair, feedback, follow up* adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kualitas hubungan supervisor dengan perawat melalui pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow up*.
2. Meningkatkan kemampuan supervisor dalam fungsi *assasement*, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi kegiatan supervisi model *fair, feedback, follow up*.
3. Mengoptimalkan peran supervisor dalam memberikan penilaian, umpan balik dan *follow up* dalam pelaksanaan tindakan PPI sesuai dengan SPO.
4. Meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan tindakan PPI sesuai dengan SPO.
5. Melakukan supervisi untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

6.3 Kontribusi Penelitian

Rekomendasi pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow up*, dalam meningkatkan kepatuhan perawat terhadap penerapan pencegahan pengendalian infeksi adalah mengacu pada temuan analisis penelitian, kegiatan FGD dan diskusi pakar yaitu :

1. Kontribusi teoritis

Memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya terkait supervisi *fair, feedback, follow up* untuk meningkatkan kepatuhan perawat. Yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan perawat yang memiliki peran dalam peningkatan dan pengembangan profesionalisme tenaga keperawatan. supervisi *fair, feedback, follow up* digunakan untuk meningkatkan kepatuhan perawat.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan tindakan sesuai SPO, serta dapat di jadikan sebagai *eviden based practice* yang berguna untuk mengembangkan *health service research* di bidang keperawatan.

2. Kontribusi Praktis

Kontribusi praktis dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Penerapan modul pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow up* dapat dilakukan untuk supervisor (kepala ruangan dan manajemen keperawatan) yang sudah mengikuti pelatihan supervisi *fair, feedback, follow up, interpersonal relationship* dan kepemimpinan.

- b. Adanya monitoring dan evaluasi secara *continue* agar supervisor dapat melakukan supervisi *fair, feedback, follow up* untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan tindakan sesuai dengan SPO.
- c. Adanya evaluasi pelaksanaan supervisi yang telah dilakukan supervisor melalui angket atau kuesioner yang diberikan kepada seluruh perawat di ruang rawat inap tiap 6 bulan sekali.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini kontribusi model memberikan kontribusi sebesar 88% terhadap pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow up* untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam penerapan PPI. Untuk itu diperlukan pengembangan dan pengujian model ini perlu dilakukan lebih lanjut.

Waktu pengamatan kejadian *phlebitis* kurang, serta jumlah sampel pada klien tidak diperhatikan, seharusnya jumlah sampel disesuaikan dengan prevalensi kejadian *phlebitis*.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Faktor karakteristik organisasi pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan dan struktur organisasi secara bermakna tidak berpengaruh terhadap kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.
2. Faktor karakteristik organisasi yang secara signifikan mempengaruhi supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban adalah pelatihan dan pengembangan, kepemimpinan dan struktur organisasi.
3. Faktor individu pengetahuan, kemampuan dan motivasi, secara bermakna tidak berpengaruh terhadap kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban.
4. Faktor individu yang secara signifikan mempengaruhi supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban adalah pengetahuan, kemampuan dan motivasi.
5. Faktor Pekerjaan yang secara signifikan mempengaruhi kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban adalah umpan balik dan koreksi.
6. Faktor Pekerjaan umpan balik dan koreksi, secara bermakna tidak berpengaruh terhadap supervisi.

7. Uji coba pengaruh model supervisi *fair, feedback, follow up* terhadap kepatuhan perawat di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban didapatkan hasil ada beda terhadap kepatuhan perawat pada kelompok kontrol dan intervensi, sehingga model supervisi *fair, feedback, follow up* sangat berpengaruh pada kepatuhan perawat.
8. Pengaruh kepatuhan perawat terhadap kejadian phlebitis di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban setelah dilakukan supervisi *fair, feedback, follow up* di dapatkan hasil ada perbedaan signifikan pada kelompok intervensi, sehingga kepatuhan perawat yang telah dilakukan supervisi dengan model *fair, feedback, follow up* sangat berpengaruh terhadap penurunan kejadian phlebitis.

7.2 Saran

7.2.1 Saran Bagi RSUD. dr. R. Koesma Tuban

1. Penerapan modul Model supervisi *fair feedback follow up* dapat dilakukan oleh seorang supervisor di ruang rawat inap setelah yang bersangkutan mengikuti pelatihan : supervisi *fair feedback follow up, interpersonal relationship* dan kepemimpinan.
2. melakukan *assasement* secara *continue* kepada perawat yang memiliki kinerja kurang baik terhadap kepatuhan dalam pelaksanaan tindakan sesuai dengan SPO. Sehingga bisa di berikan *follow Up* berupa bimbingan dan pelatihan.

7.2.2 Bagi perawat dalam melakukan tindakan keperawatan diharapkan patuh sesuai dengan SPO.

7.2.3 Saran untuk Peneliti yang akan datang

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengklarifikasi dan mengukur konsistensi variabel lain yang belum ditemukan dalam model ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin Rozalena & Sri Komala Dewi, (2016) *Panduan Praktis Menyusun Pengembangan Karier Dan Pelatihan Karyawan*, Jakarta : Rais Asa Sukses
- Alimul hidayat, A. Aziz. (2006). *Pengantar kebutuhan dasar manusia : aplikasi konsep dan proses keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Allegranzi, *et al.* 2013. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *Lancet Infect Dis* 2013; 13: 843–51. Diaksesdari [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70163-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70163-4) pada 4 Desember 2016
- Al Salman, J. M. *et al.* (2015) „Effectiveness of an electronic hand hygiene monitoring system on healthcare workers' compliance to guidelines“, *Journal of Infection and Public Health*, pp. 117–126. doi: 10.1016/j.jiph.2014.07.019.
- Anwar Syarifudin, MA. 2010. *Metode Penelitian*. Pustaka Pelajar.
- Arai, A. *et al.* (2016) „Utility of electronic hand hygiene counting devices for measuring physicians' hand hygiene adherence applied to outpatient settings“, *American Journal of Infection Control*, pp. 1481–1485. doi: 10.1016/j.ajic.2016.08.002.
- Bandura. 1997. *Self-Efficacy The Exercise of Control*. New York: WH. Freeman and Company
- Boyce, J. M. (2017) „Electronic monitoring in combination with direct observation as a means to significantly improve hand hygiene compliance“, *American Journal of Infection Control*, pp. 528–535. doi: 10.1016/j.ajic.2016.11.029.
- Brooker, M.F., Ignatavicius, D.D., (1996). *Infusion therapy techniques and medications*. Philadelphia : W.B Saunders
- Brooker, C. & Gould, D. (2003). *Mikrobiologi Terapan untuk Perawat*. Jakarta: EGC
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *Guidelines For The Prevention Of Intravascular Device Related Infections*. Infection Control And Hospital Epidemiology.
- Chassin, M. R., Mayer, C. and Nether, K. (2015) „Improving hand hygiene at eight hospitals in the United States by targeting specific causes of noncompliance“, *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*,

pp. 4–12. doi: 10.1016/S1553-7250(15)41002-5.

- Chee dan Tan .2002. Reducing Infusion Phlebitis in Singapore Hospitals Using Extended Life End-Line Filters. *Journal of Infusion Nursing*
- Cohen L. Elaine, Toni G. Cesta. 2005. *Nursing Case Management From Essentials to Advanced Practice Applications 4th edition*. Missouri: Elsevier Mosby.
- Cruz, S., Carvalho, A. L. and Sousa, P. (2015) „*Clinical Supervision and Emotional Intelligence Capabilities: E Excellence in Clinical Practice*“, Procedia - Social and Behavioral Sciences. Elsevier B.V., 171(2005), pp. 153–157.
- Darmadi, (2008). *HAIs Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Darmawan I, (2008). *Penyebab dan Cara Mengatasi Phlebitis* . Jogjakarta: Nuha Medika.
- Dufour, J.-C. *et al.* (2017) „Evaluation of hand hygiene compliance and associated factors with a radio-frequency identification-based real time continuous automated monitoring system“, *Journal of Hospital Infection*. doi: 10.1016/j.jhin.2017.02.002.
- Ducel, G. 2002. *Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide*. 2nd edition. World Health Organization. Department of Communicable disease, Surveillance and Response
- Donaldson L, Philip P. 2004, *Patient Safety: a global priority*. Bull World Health Organizational, 82 (12), 1012-1031
- Dougherty, L. 2008. *Pheriperal Cannulation. Nursing Standar*. Date of acceptance : July 21, 2008
- Dougherty, L, Bravery, K, Gabriel, J, Scales, K, Inwood, S. 2010. *Srandard for infusion therapy (3rd)*. London : Royal Collage of Nursing
- Ernawati, Tri R, danWiyanto. 2014 Penerapan Hand Hygiene Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 1, 2014*. Diakses dari jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/523 pada 30 November 2016
- Falender, C. A. (2014) „*Clinical supervision in a competency-based era*“, South African Journal of Psychology, 44(1), pp. 6–17.
- Health Organization. WHO guidelines for hand hygiene in health care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009

- Jeong, S. Y. and Kim, K. M. (2016) „Influencing factors on hand hygiene behavior of nursing students based on theory of planned behavior: A descriptive survey study“, *Nurse education today*, p. 159. doi: 10.1016/j.nedt.2015.09.014.
- Jimmieson, N. L. *et al.* (2016) „The role of time pressure and different psychological safety climate referents in the prediction of nurses “ hand hygiene compliance q“, 82, pp. 29–43.
- Kasmad, dkk. 2007. Hubungan Antara Kualitas Perawatan Kateter Dengan Kejadian HAIs Saluran Kemih. *Ejournal undip*. 01(01).
- Kayser, Fritz H, et al. 2005. Nosocomial Infection. In : *Medical Microbiology*. New York :Thieme. 342-346.
- Mattox, E. A, 2012, Strategi for Improving, Patient Safety; Linking Ask Type to Error Type, *Critical Care Nurse*, Vol. 32, No.1 89-98
- Moghnieh, et al. 2016, Health care workers“ compliance to the My 5 Moments for HandHygiene: Comparison of 2 interventional methods.*American Journal of Infection Control (2016)*. Diaksesdariwww.sciencedirect.compada 1 Desember 2016
- Mu X, *et al.* (2016) „Original article Improving hand hygiene compliance among healthcare workers : an intervention study in a Hospital in Guizhou Province , China“, *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. Elsevier Editora Ltda., 20(5), pp. 413–418. doi: 10.1016/j.bjid.2016.04.009.
- Nursalam, 2016. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*.5th ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.4th ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Ngatno (2006) „Supervisi umpan balik.JurnalIlmuSosial Volume 5, Nomor 2, Tahun 2006 page. 55-66
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pittet. 2001. Improving adherence to hand hygiene practice : A multidisciplinary approach. *Emerging Infectionus disease*. 2001;7(2):234-240. Diaksesdarincbi.nlm.nih.gov pada 2 Desember 2016.
- Proctor. B. 2010. Review : A randomized controlled trial of clinical supervision : selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationship with quality of care and patient outcomes, as

and informed contribution to mental health nursing practice development.
Journal of Research in Nursing: vol 15, no. 5 : 169-172.

- Radhakrishna, K. *et al.* (2015) „Real-Time Feedback for Improving Compliance to Hand Sanitization Among Healthcare Workers in an Open Layout ICU Using Radiofrequency Identification“, pp. 1–8. doi: 10.1007/s10916-015-0251-1.
- Rozalina, et.al. 2016. *Panduan Praktis Menyusun Pengembangan Karier dan Pelatihan Karyawan*. Penerbit Raih Asa Sukses. Jakarta.
- Permenkes RI.2017. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya*. Jakarta :Departemen Kesehatan RI.
- Sanchez-Carrillo, L. A. *et al.* (2016) „Enhancement of hand hygiene compliance among health care workers from a hemodialysis unit using video-monitoring feedback“, *American Journal of Infection Control*, pp. 868–872. doi: 10.1016/j.ajic.2016.01.040.
- Sastry, A. S., R. D. and Bhat, P. (2017) „Impact of a hand hygiene audit on hand hygiene compliance in a tertiary care public sector teaching hospital in South India“, *American Journal of Infection Control*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.12.013>.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., 2001, “Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner &Suddarth. Vol. 2. E/8”, EGC, Jakarta.
- Soekarso, & Putong, Iskandar, (2015) *KEPEMIMPINAN: Kajian Teoritis dan Praktis*, Jakarta : Penerbit Buku & Artikel Karya Iskandar Putong.
- Sugiyono, 2008. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: CV ALFABETA.
- Suparmi. Y. 2008. *PanduanPraktik -awatanKebutuhanDasarManusia*. Klaten : Citra AjiPratama.
- Suparjati, (2000). *Administrasi Perkantoran Tata Usaha dan Kearsipan*. yogyakarta : kanisius
- Susanti. 2013. *Buku Ajar Mikrobiologi: PanduanMahasiswaFarmasi&Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Swansburg, R.C. (2000) *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*: Jakarta: EGC

- Saxby, C., Hons. B & Educator, AH., 2015. Can clinical supervision sustain our work force in the current healthcare landscape? Findings from a Queensland study of allied health professionals. *Jurnal Australian Health Review*, vol. 39 Hal. 476-482.
- Szilagyi, et. al. (2013). A Large-Scale Assessment of Hand Hygiene Quality and the Effectiveness of the "WHO 6-Steps". *BMC Infectious Disease* 13:249, 1-10.
- Tracy, Brian, 2006. *Pemimpin Sukses*, Cetakan Keenam, Penerjemah: Suharsono dan Ana Budi Kuswandani, Penerbit Pustaka Delapatrasa, Jakarta.
- White and Winstanley, 2010. A Randomized controlled trial of clinical supervision : selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationship white quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice development. *Journal Nursing*. vol. 15 hal. 151-167.
- WHO. 2002. *Prevention of hospital-acquired infections, A practical guide. 2nd edition*. Department of Communicable disease, Surveillance and Response.
- Wiles, L. L., Roberts, C. and Schmidt, K. (2015) „Keep It Clean: A Visual Approach to Reinforce Hand Hygiene Compliance in the Emergency Department“, *Journal of Emergency Nursing*, pp. 119–124. doi: 10.1016/j.jen.2014.11.012.

Lampiran 1**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**
(Diisi Responden : semua perawat yang memenuhi Kriteria inklusi)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mokhamad Nurhadi

NIM : 131614153029

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Program Studi Magister Keperawatan, akan mengadakan penelitian dengan judul “*Model Supervisi Fair Feedback Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis.*

” Penelitian ini bertujuan Mengembangkan *Supervisi fair feedback follow Up*, terhadap kepatuhan perawat dalam Penerapan Pencegahan pengendalian infeksi .

Untuk itu saya mengharapkan saudara berkenan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Kerahasiaan informasi ini akan dijamin.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan saudara menandatangani persetujuan yang telah saya sediakan. Partisipasi saudara menjadi responden dalam penelitian ini sangat saya hargai dan sebelumnya saya ucapkan terima kasih.

Tuban,2018

Mokhamad Nurhadi

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi responden dari penelitian saudara Mokhamad Nurhadi yang berjudul:

“*Model Supervisi Fair Feedback Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI (Pencegahan Pengendalian Infeksi) Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis*”

Persetujuan ini saya buat dengan sadar tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

.....,2018
Responden

.....

Lampiran 2**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI PESERTA
FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)**

(Diisi oleh Kepala Ruangan, dan Manajemen Keperawatan sebagai peserta FGD)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mokhamad Nurhadi

NIM : 131614153029

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Program Studi Magister Keperawatan, akan mengadakan penelitian dengan judul “*Model Supervisi Fair Feedback Follow Up Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis.*

” Penelitian ini bertujuan Mengembangkan *Supervisi fair feedback follow Up*, terhadap kepatuhan perawat dalam Penerapan Pencegahan pengendalian infeksi .

Untuk itu saya mengharapkan saudara berkenan untuk berpartisipasi dalam proses FGD penelitian ini. Kerahasiaan informasi ini akan dijamin.

Sebagai bukti kesediaan menjadi Peserta FGD dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan saudara menandatangani persetujuan yang telah saya sediakan. Partisipasi saudara menjadi responden dalam penelitian ini sangat saya hargai dan sebelumnya saya ucapkan terima kasih.

Tuban,2018

Mokhamad Nurhadi

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (KEGIATAN FGD)

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti pada tanggal / /, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama responden :
 Usia :
 Jenis kelamin : *L/P
 Pekerjaan :
 Alamat :
 No Telp :

menyatakan bersedia menjadi responden penelitian berjudul ” Model *Supervisi Fair Feedback Follow Up* Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Phlebitis ” yaitu pada kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan oleh Mokhamad Nurhadi, Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan apapun dari pihak manapun.

Peneliti,

Tuban,.....2018

Responden,

Mokhamad Nurhadi

Saksi,

*) Coret salah satu

Lampiran 3

PENGUMPULAN DATA DEMOGRAFI MODEL *SUPERVISI FAIR FEEDBACK FOLLOW UP* TERHADAP KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI SEBAGAI UPAYA PENURUNAN KEJADIAN PHLEBITIS

No. Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk :

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran Anda sangat penting dalam penelitian ini
3. Saudara dipersilahkan memilih salah satu jawaban yang tersedia dengan memberikan tanda silang (x) pada pilihan jawaban yang tersedia
4. Usahakan agar tidak ada satu jawaban yang terlewatkan
5. Anda sepenuhnya bebas menentukan pilihan
6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali kepada peneliti

DATA DEMOGRAFI

1. Jenis Kelamin:

a. Laki-laki	b. Perempuan
--------------	--------------
2. Usia:

a. 20-25 tahun	c. 31-40 tahun
b. 26-30 tahun	d. >40 tahun
3. Lama bekerja

a. < 1 tahun	d. 10-15 tahun
b. 1-5 tahun	e. > 15 tahun
c. 5-10 tahun	
4. Status Kepegawaian

a. Pegawai tetap
b. Pegawai kontrak
c. Pegawai magang

5. Pendidikan Terakhir
 - a. D III Keperawatan
 - b. S 1 Keperawatan
 - c. S 2 Keperawatan

KUESIONER

A. INSTRUMEN KARAKTERISTIK ORGANISASI (X1)

X1.1 PELATIHAN DAN PENGEMBANGAN

Petunjuk :

Berilah tanda cek (√) (pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan bapak/ibu bukan berdasarkan pendapat umum atau pendapat orang lain.

Keterangan :

SL : Selalu

SR : Sering

KK : Kadang-Kadang

TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1	Di Rumah sakit ini diberikan pelatihan dan pengembangan tentang teknik mempengaruhi orang lain				
2	Keterampilan supervisi selalu dikembangkan melalui pelatihan di rumah sakit ini				
3	Perawat diberikan pelatihan tentang strategi pengambilan keputusan di rumah sakit ini				
4	Rumah sakit mengadakan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perawat dalam kepemimpinan dan pendelegasian.				

X1.2 KEPEMIMPINAN

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1	Pimpinan keperawatan di ruang ini umumnya bertindak sebagai mentor, fasilitator atau sebagai orang tua.				
2	Pimpinan didalam ruang ini umumnya memiliki cara berpikir kewirausahaan, inovator atau berani mengambil risiko				
3	Kepemimpinan di dalam ruang ini umumnya fokus pada hasil kerja, atau bersifat agresif				

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
4	Kepemimpinan di dalam ruang ini umumnya berkoordinasi, pengorganisasian, atau bertindak efisien				
5	Gaya kepemimpinan yang diterapkan di unit sudah sesuai dengan yang diharapkan oleh perawat				
6	Pimpinan saya selalu mengawasi apa yang bawahan kerjakan				
7	Pimpinan bersedia mendengar pendapat atau saran dari bawahan				
	Pimpinan selalu melibatkan bawahan dan rekan kerjanya dalam membuat keputusan				
8	Pimpinan selalu menjelaskan tugas baru kepada bawahan				

X1.3 STRUKTUR ORGANISASI

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1	Gaya manajemen keperawatan di dalam ruangan ini dicirikan kegiatan pekerjaan dilakukan sesuai dengan Tugas.				
2	Gaya manajemen keperawatan di dalam ruangan ini dicirikan dengan pengelolaan tugas tugas yang diberikan berdasarkan Spesialisasi				
3	Gaya manajemen keperawatan di dalam ruangan ini dicirikan dengan semua tugas dikerjakan berdasarkan standarisasi				
4	Gaya manajemen keperawatan di ruangan ini dicirikan pihak manajemen selalu menekankan fungsi koordinasi dalam menjalankan tugas				
5	Gaya manajemen keperawatan di dalam ruangan ini dicirikan dalam pengambilan keputusan dicirikan dengan semua perawat dapat mengambil keputusan sendiri dan keputusan tersebut diakui oleh pimpinan				
6	Gaya manajemen keperawatan di dalam ruangan ini dicirikan Unit kerja perawat sangat jelas dan terkontrol dan berstruktur jelas. Prosedur formal merupakan acuan untuk bertindak				

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
	(kontrol kuat), rasa aman dan pengembangan karir menjadi hal yang terpenting				

B. INSTRUMEN KARAKTERISTIK INDIVIDU (X2)

X2.1 INSTRUMEN PENGETAHUAN

A. Petunjuk :

Berilah tanda cek (√) pada kolom benar bila pernyataan di bawah ini bapak/ibu anggap benar, dan pada kolom salah bila pernyataan di bawah ini bapak/ibu anggap Salah.

NO	Pernyataan	Benar	Salah
1	Supervisi adalah suatu teknik pelayanan yang tujuan utamanya adalah mempelajari dan memperbaiki secara bersama sama.		
2	Tujuan supervisi adalah pemenuhan dan peningkatan pelayanan pada klien dan keluarga yang berfokus pada kebutuhan, ketrampilan, dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas		
3	Supervisi memerlukan kemampuan dasar manajemen		
4	Pelaksanaan superfisi hanya boleh dilakukan oleh kepala ruangan		
5	Sebaiknya supervisi dilaksanakan oleh atasan langsung dari yang di supervisi		
6	Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung		
7	Kontrol yang berlebihan oleh supervisor dapat memperbaiki delegasi yang diberikan		
8	Kontrol yang kurang akan berdampak buruk terhadap delegasi		
9	Manfaat dari supervisi adalah meningkatkan efektifitas dan efisiensi kerja		
10	Supervisi hanya bisa dilakukan secara langsung pada saat kegiatan sedang berlangsung		

Kunci Jawaban :

1. Benar	2. Benar
3. Benar	4. Salah
5. Benar	6. Benar
7. Salah	8. Benar
9. Benar	10. Salah

X2.2 KEMAMPUAN

Isilah kolom tanggapan dari pernyataan kemampuan dan keterampilan dengan sejujurnya. Beri tanda \checkmark pada pilihan Anda.

Petunjuk Pengisian pada kolom tanggapan

1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak setuju
3. Kurang setuju
4. Setuju
5. Sangat setuju

Sangat tidak setuju

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sangat setuju

No	Pernyataan	1	2	3	4	5
1.	Saya memahami tugas pokok saya sebagai perawat					
2.	Saya terbiasa menjalankan tugas pokok saya kemudian melanjutkan tugas yang lain					
3.	Saya memahami prosedur pelaksanaan tindakan PPI di tempat kerja saya					
4.	Saya terbiasa menjalankan tindakan PPI sesuai prosedur					
5.	Saya memahami cara melaksanakan tindakan PPI					
6.	Saya terus belajar cara melakukan tindakan PPI sesuai perkembangan ilmu					
7.	Saya memahami tanggung jawab profesi saya					
8.	Saya memiliki sumpah profesi yang terus saya amalkan					
9.	Saya memahami berbagai tantangan dalam menjalankan profesi perawat					
10.	Saya bisa menghadapi berbagai tantangan dalam menjalankan profesi perawat					
11.	Latar belakang pengetahuan saya sesuai dengan profesi saya saat ini					
12.	Saya bisa menggunakan ilmu yang saya miliki untuk melakukan tindakan PPI					

X2.3 INSTRUMEN MOTIVASI

Petunjuk jawaban tanggapan terhadap pernyataan :

1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak Setuju
3. Ragu- Ragu
4. Setuju
5. Sangat Setuju

NO	Pernyataan	Tanggapan				
		1	2	3	4	5
1	Saya merasa bangga dengan prestasi saya					
2	Pimpinan memberikan pujian/sanjungan terhadap pekerjaan yang saya lakukan					
3	Saya bersedia bertanggung jawab terhadap pekerjaan (tugas pokok dan diluar tugas pokok) yang telah dibebankan kepada saya					
4	Saya merasa senang dan menikmati pekerjaan saya					
5	Sebaiknya supervisi dilaksanakan oleh atasan langsung dari yang di supervisi					
6	Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung					
7	Kontrol yang berlebihan oleh supervisor dapat memperbaiki delegasi yang diberikan					
8	Kontrol yang kurang akan berdampak buruk terhadap delegasi					
9	Manfaat dari supervisi adalah meningkatkan efektifitas dan efisiensi kerja					
10	Supervisi hanya bisa dilakukan secara langsung pada saat kegiatan sedang berlangsung					

C. INSTRUMEN KARAKTERISTIK PEKERJAAN (X3)**X3.1 UMPAN BALIK**

Petunjuk :

Berilah tanda cek (√) (pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan bapak/ibu bukan berdasarkan pendapat umum atau pendapat orang lain.

Keterangan :

SL : Selalu

SR : Sering

KK : Kadang-Kadang

TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1	Pihak manajemen di rumah sakit ini meminta karyawan (perawat) untuk menilai dirinya sendiri				
2	Pihak manajemen di rumah sakit ini memberikan pujian sebelum mengkritik				
3	Pihak manajemen di rumah sakit ini memberikan waktu pada karyawan untuk berfikir dan menanggapi kritikan atau masukan yang diberikan				
4	Pihak manajemen di rumah sakit ini memberi pengakuan dan penghargaan bagi yang melaksanakan tugas dengan baik.				

X3.2 KOREKSI

Keterangan :

SL : Selalu

SR : Sering

KK : Kadang-Kadang

TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1	Pihak manajemen di rumah sakit ini memberikan koreksi memperbaiki karyawan (perawat) atas kesalahan tindakan yang dilakukan.				
2	Pihak manajemen di rumah sakit ini memantau terlebih dahulu tindakan yang dilakukan perawat sebelum				

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
	memberikan koreksi				
3	Pihak manajemen di rumah sakit ini menilai terlebih dahulu baru memberikan keputusan sebelum memberikan koreksi.				
4	Pihak manajemen di rumah sakit ini memberikan koreksi sesuai dengan SPO				

**INSTRUMEN SUPERVISI *FAIR, FEEDBACK, FOLLOW UP*
PPI (PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI)**

Berilah tanda checklist (✓) pada salah satu kolom untuk setiap jawaban yang paling sesuai:

Nomer Responden :

Tanggal Assasement :

NO	KEGIATAN	PELAKSANAAN	BOBOT	NILAI
1	<i>Fair</i> <i>Skor : 40</i>	Responsibility a. Menentukan perawat yang akan di supervisi b. Menentukan dan menyiapkan SPO PPI / kegiatan yang akan disupervisi c. Melakukan koordinasi dan komunikasi pada atasan untuk kegiatan yang akan disupervisi. d. Menyampaikan akan adanya penilaian dan pengembangan kemampuan pelaksanaan prosedur keperawatan e. Menyepakati jadual supervisi f. Meminta perawat mempersiapkan kesiapan prosedur PPI sesuai SPO Accountability g. Menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang disiapkan h. Menanyakan prinsip prosedur tindakan sesuai SPO i. Menanyakan perasaan perawat setelah disupervisi j. Menanyakan apakah	3 3 4 3 3 4 3 2 3 2	

		<p>prosedur dalam SPO ada yang terlewat oleh perawat</p> <p>Authority</p> <p>k. melakukan prosedur yang ketat 3</p> <p>l. Melakukan semua prosedur sesuai dengan SPO Supervisi 3 F 2</p> <p>m. Mengutamakan penyelesaian tugas sesuai jadwal 3</p> <p>n. Melakukan pendokumentasian kegiatan supervise 2</p>		
SKOR				
2	Feedback Skor 30	<p>Reability :</p> <p>a. Menyampaikan Evaluasi Penilaian kepada perawat yang di supervise (sesuai hasil laporan supervise) 3</p> <p>b. Memberi komentar terhadap hasil pengamatan 3</p> <p>c. memberikan koreksi perbaikan dengan proses pembelajaran secara langsung melalui tatap muka atau melalui perantara tulisan 2</p> <p>d. Memberikan arahan 2</p> <p>Acuntability :</p> <p>e. Menyampaikan prosedur mana yang sudah sesuai SPO dan mana yang belum sesuai 3</p> <p>f. Menyampaikan evaluasi penilaian 4</p> <p>g. Melakukan validasi dengan perawat yang dilakukan <i>feedback</i> 3</p> <p>Authority :</p> <p>h. Memberikan koreksi sesuai SPO 3</p> <p>i. Mendokumentasikan kegiatan 3</p>		

		j. Melakukan semua prosedur Feedback sesuai dengan SPO	4	
SKOR				
3	<i>Follow Up Skor 30</i>	<i>Responsibility</i> e. Menentukan jadual untuk perbaikan 3 f. Intervensi jangka pendek melibatkan pasien 3 g. membuat kesepakatan untuk supervisi ualangan 4 <i>Accountability</i> h. memberikan reward pada yang melaksanakan prosedur sesuai SPO 3 i. Memberikan arahan untuk perbaikan 3 j. Bersama perawat membuat jadual untuk pelaksanaan supervisi berikutnya 4 <i>Authority</i> k. Melakukan semua prosedur sesuai dengan SPO 3 l. Menutup Diskusi 3 m. Melaporkan kepada atasan 4		
SKOR			100	

INSTRUMEN PENGAMATAN KEJADIAN PHLEBITIS

Kode Responden :

Ruang Perawatan :

Hari/Tanggal/Waktu Observasi :

NO	PARAMETER	SKOR	TANGGAL	LAMA PERAWATAN
PHLEBITIS BAKTERIAL				
A	IV Line Nampak Sehat	3		
B	Salah Satu Tanda Berikut ada : <input type="checkbox"/> Nyeri pada IV line <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Bengkak	2		
C	Semua Tanda berikut Jelas : <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanula <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Bengkak <input type="checkbox"/> Vena teraba keras <input type="checkbox"/> Pireksia	1		
PHLEBITIS MEKANIKAL				
A	IV Line Nampak Sehat	3		
B	Salah Satu Tanda Berikut ada : <input type="checkbox"/> Nyeri pada IV line <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Bengkak	2		
C	Semua Tanda berikut Jelas : <input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanula <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Bengkak <input type="checkbox"/> Vena teraba keras <input type="checkbox"/> Pireksia	1		
PHLEBITIS KIMIAWI				
A	IV Line Nampak Sehat	3		
B	Salah Satu Tanda Berikut ada : <input type="checkbox"/> Nyeri pada IV line <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Bengkak	2		
C	Semua Tanda berikut Jelas : :	1		

	<input type="checkbox"/> Nyeri sepanjang kanula <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Bengkak <input type="checkbox"/> Vena terasa keras <input type="checkbox"/> Pireksia			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Tindakan operasi - Pertolongan dan Tindakan persalinan - Penanganan linen - Pencucian peralatan di ruang gizi - Ruang dekontaminasi CSSD 		
3. Memperhatikan Prinsip Steril Saat melakukan tindakan Skor : 15	<p>a. Tidak memegang objek yang steril, tanpa menggunakan handskoon steril</p> <p>b. Memegang objek steril setinggi atas pinggang (objek akan terlihat jelas dan ini mencegah terjadinya kontaminasi diluar pengawasan)</p> <p>c. Tidak berbicara, batuk, bersin atau menjangkau suatu objek yang steril.</p> <p>d. tidak menunpahkan larutan apapun pada kain yang sudah steril</p>	<p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	
4. Mengelola sampah medis sesuai dengan jenisnya Skor : 15	<p>a. Menyeleksi terlebih dahulu sampah berdasarkan golongan sampah medis atau non medis sebelum dibuang</p> <p>b. Pewadahan sampah medis menggunakan tempat sampah khusus</p> <p>c. Membuang sampah medis pada tempat khusus sampah medis</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>	
5. Mencuci tangan setelah melakukan tindakan Skor : 15	<p>a. Cuci tangan dengan memakai sabun/ handrub</p> <p>b. cuci tangan di air yang mengalir selama 40-60 detik</p> <p>c. Cuci tangan sesuai standart WHO</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>	

Lampiran 4

PANDUAN FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)

- Topik : FGD menetapkan rekomendasi model supervisi *fair, feedback, follow up*, terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan pencegahan pengendalian infeksi sebagai upaya penurunan kejadian *phlebitis*.
- Tempat : Ruang Bidang Keperawatan

1. Pendahuluan

Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang disupervisi agar mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif (Huber, 2000). Supervisi keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan oleh supervisor mencakup masalah pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan dan peralatan agar pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu setiap saat.

Produktifitas kerja menurut kopelmen (1986), ada tiga faktor yaitu faktor karakteristik organisasi, faktor individu dan faktor pekerjaan. ketiga faktor ini akan mempengaruhi pelaksanaan kegiatan supervisi yang dilakukan supervisor. kegiatan supervisi merupakan upaya organisasi untuk meningkatkan dan menciptakan *work characteristic* dengan tujuan menghasilkan *job performance* perawat pelaksana untuk meningkatkan kepatuhan terhadap PPI.

Langkah Supervisi Keperawatan dimulai dari Pra supervisi, pelaksanaan supervisi sampai dengan pasca supervisi yang terdiri dari *fair feedback follow up* (Nursalam, 2016)

Pra supervisi

3. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi.
4. Supervisor menetapkan tujuan dan kompetensi yang akan dinilai.

Pelaksanaan supervisi

5. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrument yang telah disiapkan.
6. Supervisor mendapatkan beberapa hal yang memerlukan pembinaan.

7. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan.
8. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder.
 - C. Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada.
 - D. Supervisor melakukan Tanya jawab dengan perawat.

Pasca Supervisi

4. Supervisor memberikan penilaian supervisi (*F-fair*).
Supervisor mengklarifikasi masalah yang ada. Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat.
5. Supervisor memberikan *Feedback* dan klarifikasi (sesuai hasil laporan supervisi). Secara umum ada 2 metode pemberian umpan balik yang efektif.
Verbal (lisan), pemberian komentar terhadap hasil pengamatan proses pembelajaran secara langsung melalui tatap muka tidak ada jarak atau peralatan yang digunakan. Metode ini biasanya dilakukan dengan cara saling berbicara/berdialog, wawancara, rapat, pidato, dan diskusi. Selain itu pemberian komentar juga dapat dilakukan secara tidak langsung melalui perantara alat seperti telepon, handphone, dan lain sebagainya karena adanya jarak si pembicara dengan lawan bicara.
Non verbal (tertulis), pemberian komentar terhadap hasil pengamatan proses pembelajaran dengan perantaraan tulisan tanpa adanya pembicaraan secara langsung dengan menggunakan bahasa yang singkat, jelas, dan dapat dimengerti oleh penerima. Metode ini dapat berupa surat-menyurat, sms, e-mail, foto pembelajaran, dan lain sebagainya.
6. Supervisor memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan.
Terdapat dua reinforcement yaitu reinforcement positif atau reward diberikan pada yang melakukan perilaku positif atau diinginkan mendapatkan penghargaan sehingga dapat meningkatkan kekuatan respon atau merangsang pengulangan perilakunya. Kedua *reinforcement negative* atau hukuman adalah situasi yang terjadi ketika perilaku yang diinginkan terjadi untuk menghindari konsekuensi negative dari hukuman (Roussel et al, 2003).

Ada dua follow up perbaikan yaitu short-term follo-up adalah intervensi jangka pendek melibatkan pasien setelah melalui sebuah episode dari penyakit akut dan long-term follow-up diberikan pada pasien mendapatkan intervensi jangka panjang atau tindak lanjut, rencana individual lebih formal dapat dilakukan bersama dengan orang-orang di sekitarnya untuk memperluas pemantauan dan mengulangi perilaku positif. (Cohen and Toni, 2005).

Unsur – unsur dalam penilaian pelaksanaan supervisi 3 F oleh kepala ruangan meliputi R-A-A yaitu :

4. *Responsibility* (tanggung jawab), adalah pekerjaan yang harus diselesaikan seseorang pada jabatan tertentu.
5. *Accountability* (kemampuan), kompeten dalam memberikan pertanggung jawaban atas pelimpahan yang diberikan kepadanya.
6. *Authority* (Kewenangan) hak atau wewenang untuk memutuskan segala sesuatu yang berhubungan dengan fungsinya. (Nursalam, 2016).

Penerapan model superfisi *fair, feedback, follow up* bisa memberi kontribusi untuk meningkatkan keberhasilan supervisi dalam meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan PPI.

III. Tujuan Diskusi

Menetapkan rekomendasi model superfisi *fair, feedback, follow up* dalam meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan PPI.

III. Langkah – langkah diskusi :

- a. Mensosialisasikan masalah yang di temukan
- b. menanyakan pelaksanaan supervisi di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban
- c. menanyakan kendala / masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan di ruang rawat inap RSUD. dr. R. Koesma Tuban
- d. Menanyakan pengembangan model superfisi *fair, feedback, follow up* dalam meningkatkan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan PPI.

IV Daftar pertanyaan yang diajukan :

a. Faktor Organisasi

Pelatihan dan Pengembangan

Sistem perencanaan dan pengembangan SDM, jenjang karir, menunjukan kemampuan) mempengaruhi supervisi.

Pertanyaan :

- 1) Apakah pelatihan dan pengembangan mempengaruhi kegiatan supervisi?
- 2) Apakah ada masalah pelatihan dan pengembangan SDM untuk perawat dan supervisor?
- 3) Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

Kepemimpinan

Pertanyaan :

- 1) Apakah gaya kepemimpinan supervisor mempengaruhi pelaksanaan supervise?
- 2) Apakah ada permasalahan dalam kepemimpinan supervisor?
- 3) Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

Struktur Organisasi

Pertanyaan :

- 1) Apa saja permasalahan yang anda ketahui terkait budaya organisasi dalam pelaksanaan supervisi?
- 2) Apa penyebab masalah tersebut?
- 3) Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

b. Faktor Individu

Kemampuan dan ketrampilan

Kemampuan dan ketrampilan mempengaruhi kegiatan supervisi

Pertanyaan :

- b. berdasarkan kemampuan dan ketrampilan anda, tindakan apa saja yang anda lakukan selama pelaksanaan kegiatan supervisi?
- c. Apakah yang menjadi masalah dalam pelaksanaan kegiatan supervisi tersebut?
- d. Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

Motivasi

Pertanyaan :

- 1) Apakah pelaksanaan supervisi di pengaruhi oleh motivasi dan persepsi anda?
- 2) apakah yang menjadi masalah dalam motivasi anda terkait pelaksanaan kegiatan supervisi?
- 3) Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

c. Aspek Penilaian (*Fair*) :

Pertanyaan :

- 1) Apakah aspek penilaian mempengaruhi keberhasilan supervisi?
- 2) Apakah ada permasalahan dalam aspek penilaian tersebut?
- 3) Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

d. Aspek Umpan Balik (*feedback*)

Pertanyaan :

- 1) Apakah aspek umpan balik mempengaruhi keberhasilan supervisi?
- 2) Apakah ada permasalahan dalam aspek umpan balik tersebut tersebut?
- 3) Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

e. Aspek *Follow Up*

Pertanyaan :

- 1) Apakah aspek *follow up* mempengaruhi keberhasilan supervisi?
- 2) Apakah ada permasalahan dalam aspek *follow up* tersebut tersebut?
- 3) Bagaimana solusi dari permasalahan tersebut?

V. Evaluasi

1) Evaluasi struktur

Persiapan sarana dan prasarana

2) Evaluasi Proses

Keaktifan peserta selama diskusi berlangsung

3) Evaluasi Hasil

Sasaran menjawab pertanyaan dalam merumuskan serta menetapkan model pelaksanaan supervisi *fair, feedback, follow up*, terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan pencegahan pengendalian infeksi.

Lampiran 5



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
No : 641-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"MODEL SUPERVISI FAIR, FEEDBACK, FOLLOW UP TERHADAP KEPATUHAN PERAWAT DALAM PENERAPAN PPI (PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI) SEBAGAI UPAYA PENURUNAN KEJADIAN FLEBITIS"

<u>Peneliti utama</u>	: Mokhamad Nurhadi
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Ruang Teratai dan Ruang Asoka
<i>Setting of research</i>	: RSUD.dr.R.Koesma Tuban

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited



Surabaya, 02 Februari 2018
Ketua, (CHAIRMAN)

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 6



**KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 847 /UN3.1.13/PPd/S2/2018
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

3 Januari 2018

Kepada Yth.
Kepala Kesbangpolinmas
Kabupaten Tuban

Selubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Mokhamad Nurhadi, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153029
Judul Proposal : Model Supervisi, *Fair, Feedback Follow Up* Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Flebitis
Tempat Penelitian : RSUD Dr. R. Koesma Tuban

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. CA
NIP. 196808291989031002



PEMERINTAH KABUPATEN TUBAN
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Mastrip No. 21 A Telp. (0356) 321023
TUBAN - 62315

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEI/KEGIATAN

Nomor : 070 / 12 / 414.205 / 2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 17 Tahun 2014;
 2. Peraturan Bupati Tuban Nomor 15 Tahun 2015 tentang Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tuban.

Menimbang : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor 847/UN3.1.13/PPd/S2/2017 tanggal 3 Januari 2018 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan - FKp Unair atas nama Mokhamad Nurhadi, S.Kep., Ns.

Dengan ini menyatakan memberikan rekomendasi kepada :

- | | |
|-----------------------------|---|
| a. Nama / NIM | : MOKHAMAD NURHADI, S.Kep., Ns / 131614153029 |
| b. Alamat | : Desa Sumberjo, Kecamatan Merakurak, Kabuapten Tuban |
| c. Pekerjaan / Jabatan | : Mahasiswa |
| d. Fakultas / Program Studi | : Keperawatan / S2 Keperawatan |
| e. Instansi / Organisasi | : Universitas Airlangga Surabaya |

Untuk Melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan Dengan :

- | | |
|--------------------|--|
| a. Judul | : Model Supervisi <i>Fair, Feedback, Follow Up</i> Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan PPI (Pencegahan Pengendalian Infeksi) Sebagai Upaya Penurunan Kejadian Flebitis. |
| b. Tujuan | : Penyusunan Tugas Akhir (Tesis) |
| c. Anggota/Peserta | : 1 (Satu) orang |
| d. Waktu | : 15 Januari s.d 15 Maret 2018 |
| e. Lokasi | : Kabupaten Tuban |

- Dengan Ketentuan**
1. Dalam jangka waktu 1 x 24 Jam setelah tiba ditempat kegiatan, diwajibkan melapor kedatangannya kepada Camat setempat;
 2. Menjaga Tata Tertib keamanan, ketertiban, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari perbuatan – perbuatan baik lisan maupun tulisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk;
 3. Pelaksanaan penelitian/survey/kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban;
 4. Melaporkan hasil pelaksanaan penelitian/survey/kegiatan kepada Bupati Tuban Cq. Kantor Kesbangpol Kabupaten Tuban;
 5. Dalam pelaksanaan Penelitian yang mengikutsertakan Warga Negara Asing (WNA) sebagai Tenaga Ahli / Petugas Lapangan supaya melaporkan kepada Kepala Kepolisian Resort Tuban;
 6. Rekomendasi ini dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang rekomendasi ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan tersebut diatas.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Tuban, 15 Januari 2017

a.n KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

KABUPATEN TUBAN
Kepala Sub Bagian Tata Usaha

CHIKO IRWANTO, S.STP, MM

Penata Tingkat I

NIP. 19830117 200112 1 003



PEMERINTAH KABUPATEN TUBAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER R. KOESMA
 Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No.800 Telp. (0356) 321010, 325696,323266
TUBAN – 62315

Tuban, 25 Januari 2018

Nomor : 070/131 /414.103.001/2018
 Sifat : Segera
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth. Kepala Ruang Asoka/Teratai/Dahlia
 Bougenvil/Melati/Anyelin/Mawar/HCU/ICU/
 Flamboyan/Anggrek/Perinatologi/IGD/IBS
 RSUD dr.R.Koesma Kabupaten Tuban
 di –

TUBAN

Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tanggal 3 Januari 2018 Nomor: 847/UN3.1.13/PPd/S2/2018 Perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan –FKp Unair, maka Mahasiswa atas nama dibawah ini akan melakukan penelitian di RSUD dr. R. Koesma Tuban.

Nama : MOKHAMAD NURHADI,S.Kep.,Ns.
 NIM : 131614153029
 Judul : Model Supervisi,Fair,Fedback Folow Up Terhadap Kepatuhan Perawat
 Dalam Penerapan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) Sebagai
 Upaya Penurunan Kejadian Flebitis

Untuk kegiatan selama pengambilan data diharap Saudara memfasilitasi Mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian atas kerjasamanya disampaikan terimakasih.


 DIREKTUR RSUD dr. R. KOESMA
 KABUPATEN TUBAN
 dr. H. SAFUL HADI
 Pemimpin Utama Muda
 NIP. 19661028 198703 1 009